

FOR-AFI-VTA-05

VERSIÓN 0

AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

12/05/2021

DATOS ASOCIADO					
Nú nero(s) de la(s) solicitud(es) de créditos afianzado(s):					
Apellidos y Nombre:					
Lugar de Nacimiento:		Fecha DD/MM/AAAA	Nacimiento: Sexo: M F		
C.C. No.:	Dirección Residencia:		•		
Tel fono Residencia: é	`	s) electrónico(s) pe	ersonal(es):		
Ciudad:	Barrio:	Empresa:			
No. de celulares :			Fecha expedición identificación: DD/MM/AAAA		
INFORMACION BANCARIA					
Banco:		Cuenta:	Corriente Ahorro L S		
Número de cuenta:		Ciudad:			
Banco:		Cuenta:	Corriente Ahorro L s		
Número de cuenta:		Ciudad:			
REFERENCIAS (Que no vivan con el asociado)					
Apellidos y Nombre:					
Teléfono residencia:	Dirección reside	ncia:			
Celular:	Direction resider	E-mail:			
PERSONAL					
Apellidos y Nombre:		IEROONAE			
Teléfono residencia:	Dirección reside	ncia:			
Celular:		E-mail:			
FAMILIAR					
Apellidos y Nombre:					
Teléfono residencia:	Dirección reside	ncia:			
Celular:	1	E-mail:			
		<u>FAMILIAR</u>			
Apellidos y Nombre:					
Teléfono residencia:	Dirección reside	ncia:			
Celular:	•	E-mail:			
REPORTE CENTRALES DE RIESGO					
Como deudor de la obligación afianzada por AFIANCOL COLOMBIA S.A., Autorizo de manera expresa e irrevocable a AFIANCOL COLOMBIA S.A. o a quien					

represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo y de Entidades Financieras de Colombia o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi infamación en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones..

AUTORIZACION DE DESCUENTOS



FOR-AFI-VTA-05

VERSIÓN 0

AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

12/05/2021

Declaro que conozco que el crédito otorgado, será afianzado por AFIANCOL COLOMBIA S.A., y en consecuencia autorizo para que el costo de esta fianza sea incluido en el valor de la cuota mensual de amortización del préstamo o deducido conforme la política establecida por la organización solidaria, valores descontados directamente de la nómina. De igual manera, autorizo para que en caso de quedar algún saldo adeudado pueda, a través de mi empresa empleadora, descontarlo de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y cualquier pago que la empresa deba hacerme. Adicional a esto, autorizo irrevocablemente a mi empleador y este obligado con base lo determinado en la LEY ESTATUTARIA 1266 de 2008, para que entregue con destino a la organización solidaria y/o AFIANCOL COLOMBIA S.A., copia simple de mi liquidación de prestaciones en el momento de mi retiro. En caso que la empresa empleadora no descuente por acción o por omisión la totalidad de mis prestaciones sociales y demás derechos laborales por cualquier causa, previamente aceptada y autorizada como deudor afianzado para ser abonada a la cartera de crédito que adeudo a la organización solidaria y ésta es pagada parcial o totalmente por AFIANCOL COLOMBIA S.A. a favor de ésta en el marco del convenio suscrito entre las partes, otorgo poder y mandato irrevocable a favor de AFIANCOL COLOMBIA S.A., para que ejerza el derecho de realizar el cobro y recuperación hasta su pago a satisfacción de acuerdo a las condiciones o términos establecidos en el marco legal.

Firma y huella asociado (a) y fecha de diligenciamiento:	Organización solidaria. Firma y sello autorizado:	Empresa empleadora. Firma, sello autorización y fecha (Visado):
Fecha: DD/MM/AAAA		