

AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

Formato número:	No.001-AD
Fecha elaboración:	6 Octubre de 2015
Fecha actualización:	4 de Octubre de 2018

DATOS ASOCIADO

Número(s) de la(s) solicitud(es) de créditos afianzado(s):			
Apellidos y Nombre:			
Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
C.C. No.:		Dirección Residencia:	
Teléfono Residencia:		Correo(s) electrónico(s) personal(es):	
Ciudad:	Barrio:	Empresa:	
No. de celulares :		Fecha expedición identificación: DD/MM/AAAA	

INFORMACION BANCARIA

Banco:	Cuenta:	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorros <input type="checkbox"/>
Número de cuenta:	Ciudad:		
Banco:	Cuenta:	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorros <input type="checkbox"/>
Número de cuenta:	Ciudad:		

REFERENCIAS (Que no vivan con el asociado)

PERSONAL

Apellidos y Nombre:	
Teléfono residencia:	Dirección residencia:
Celular:	E-mail:

PERSONAL

Apellidos y Nombre:	
Teléfono residencia:	Dirección residencia:
Celular:	E-mail:

FAMILIAR

Apellidos y Nombre:	
Teléfono residencia:	Dirección residencia:
Celular:	E-mail:

FAMILIAR

Apellidos y Nombre:	
Teléfono residencia:	Dirección residencia:
Celular:	E-mail:

REPORTE CENTRALES DE RIESGO

Como deudor de la obligación afianzada por AFIANCOL COLOMBIA S.A., autorizo a AFIANCOL COLOMBIA S.A. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a consultar, reportar, actualizar, solicitar, compartir y divulgar a las centrales de información del sector financiero y/o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda mi información referente al comportamiento crediticio.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

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 descunte 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 la ley, dando cumplimiento a las condiciones o términos establecidos en el marco legal..

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