



FOR-AFI-VTA-05

VERSIÓN 0

AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

12/05/2021

DATOS ASOCIADO

Número(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:

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

Ahorros

Número de cuenta:

Ciudad:

Banco:

Cuenta:

Corriente

Ahorros

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 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 ésta, 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