

## AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

Formato número:	No.001-AD
Fecha elaboración:	6 Octubre de 2015
Fecha actualización:	21 Junio de 2017

### DATOS ASOCIADO

Apellidos y Nombre:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
C.C. No.:	Dirección Residencia:	
Teléfono Residencia:	No. de celular:	
Ciudad:	Barrio:	Empresa:
Correo(s) electrónico(s) personal(es):		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 a mi empleador con base lo determinado en la LEY ESTATUTARIA 1266 de 2008, para que entregue con destino a AFIANCOL COLOMBIA S.A., copia simple de mi liquidación de prestaciones en el momento de mi retiro.

Firma y huella asociado (a):	Organización solidaria. Firma y sello autorizado:	Empresa empleadora. Firma y sello autorización (Visado):
------------------------------	--	--