

## AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

<b>Formato número:</b>	No.001-AD
<b>Fecha elaboración:</b>	6 Octubre de 2015
<b>Fecha actualización:</b>	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):
---	--	--