

DATOS DEUDOR

Número(s) de la(s) solicitud(es) de créditos afianzado(s):
 Apellidos y Nombre:
 Lugar de Nacimiento: Fecha Nacimiento: Sexo: F M
 DD/MM/AAAA
 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

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:


AUTORIZACIÓN DE REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Como deudor de la obligación afianzada por AFIANCOL COLOMBIA S.A.S., autorizo de manera expresa e irrevocable a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. 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 legalmente autorizadas. Lo anterior implica que mi comportamiento 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 éstas, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable. 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.

ACEPTACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS Y DE ENTREGA DE INFORMACION

Declaro que conozco y acepto que el crédito otorgado será afianzado por AFIANCOL COLOMBIA S.A.S., y autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador para:

1. Que el costo de esta fianza sea incluido en el valor de la cuota mensual de amortización del préstamo y sea descontado directamente de mi salario mensual y conforme a la política establecida por el beneficiario de la fianza (acreedor);
2. Que en el evento en que, al momento de retirarme de la entidad empleadora, quede algún saldo adeudado a favor del beneficiario de la fianza (acreedor), mi empresa empleadora descuente dicho valor de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y/o de cualquier pago que mi empleador deba hacerme y lo entregue al beneficiario de la fianza (acreedor); 1. Que entregue con destino al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S, copia simple de mi liquidación de prestaciones, así como también de mi documento de identidad en el momento de mi retiro;
3. Que en caso de incapacidad o embargo, envíe copia simple al beneficiario de la fianza y/o a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S del documento que acredite dicha eventualidad expedido por la autoridad competente
4. Que, al momento de retiro, informe a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. todas las obligaciones que hayan sido garantizadas por mí mediante libranza, indicando fecha de constitución, monto de la obligación y acreedor de cada una de ellas.

	FOR-AFI-VTA-05	VERSIÓN 6
	AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO	22/01/2024

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a la entidad que me otorga el crédito (beneficiario de la fianza) para que, con el fin de garantizar mis obligaciones contraídas con ella y de cumplir mis obligaciones como afianzado, comparta mi información personal con AFIANCOL COLOMBIA S.A. S Adicionalmente autorizo a AFIANCOL COLOMBIA S.A. S para acceder a los datos personales contenidos en operadores de información de Seguridad Social, proveedores tecnológicos de facturación y Nomina Electrónica, a recolectar, almacenar y usar mi información con el fin de dar cumplimiento a mis obligaciones contractuales adquiridas con ella y las demás finalidades establecidas en su Política de Protección de Datos.

Estimado cliente, le informamos que nuestra política de protección de datos, la cual incluye las finalidades del tratamiento de su información, así como el procedimiento para el ejercicio de los derechos de acceso, corrección, actualización o supresión de datos, puede ser consultada en www.afiancolcolombia.com.

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