

	AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS		
	Formato número:	No.001-AD	
	Fecha elaboración:	6 Octubre de 2015	
	Fecha actualización:	27 Abril de 2016	

<u>DATOS ASOCIADO</u>			
Apellidos y Nombre:			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: F ☐ M ☐
C.C. No.:	Dirección Residencia:		
Teléfono Residencia:		No. de celular:	
Ciudad:	Barrio:	Empresa:	
Correo(s) electrónico(s) personal(es):			
<u>INFORMACION BANCARIA</u>			
Banco:	Cuenta:	Corriente ☐	Ahorros ☐
Número de cuenta:	Ciudad:		
Banco:	Cuenta:	Corriente ☐	Ahorros ☐
Número de cuenta:	Ciudad:		
<u>REFERENCIAS (Que no vivan con el asociado)</u>			
<u>PERSONAL</u>			
Apellidos y Nombre:			
Teléfono residencia:		Dirección residencia:	
Celular:	E-mail:		
<u>PERSONAL</u>			
Apellidos y Nombre:			
Teléfono residencia:		Dirección residencia:	
Celular:	E-mail:		
<u>FAMILIAR</u>			
Apellidos y Nombre:			
Teléfono residencia:		Dirección residencia:	
Celular:	E-mail:		
<u>FAMILIAR</u>			
Apellidos y Nombre:			
Teléfono residencia:		Dirección residencia:	
Celular:	E-mail:		
<u>REPORTE CENTRALES DE RIESGO</u>			
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.			
<u>AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS</u>			
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 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):		Firma y sello autorizado: Organización solidaria.	