DATOS DEUDOR					
Número de la solicitud de crédito afianzado:					
Apellidos y Nombre:					
Lugar de Nacimiento:		Fecha Nacimiento DD/MM/AAAA		Sexo F: ☐ M: ☐	
C.C. No.:		Dirección Residencia:			
Correo(s) electrónico(s) personal(es):					
Ciudad:		Barrio:		Empresa:	
No. de celulares:				Fecha expedición identificación:	

INFORMACIÓN BANCARIA					
Banco:		Cuenta:	Corriente ☐	Ahorros ☐	
Número de cuenta:		Ciudad:			
Banco:		Cuenta:	Corriente ☐	Ahorros ☐	
Número de cuenta:		Ciudad:			

AUTORIZACIÓN DE REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Como deudor de la obligación afianzada, autorizo expresa e irrevocablemente a AFIANCOL S.A.S. o a quien represente sus derechos u ostente a cualquier título la calidad de acreedor para que, sin restricción de periodicidad y durante la vigencia de mi obligación pueda consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a las Centrales de Riesgo autorizadas dentro del término legal. 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, crediticias, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a estas, según la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico. Si en el futuro, el autorizado en este documento efectúa 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 este, en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a las Centrales de Riesgo a que, en su calidad de operador, pongan mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

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

Declaro que conozco y acepto que el crédito otorgado será afianzado por AFIANCOL 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, conforme a la política establecida por el beneficiario de la fianza (acreedor).
2.Que a mi retiro de la entidad empleadora y en el evento de que adeude algún saldo a favor del beneficiario de la fianza (acreedor), el empleador descuente dicho valor de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y/o de cualquier pago que deba hacerme y lo entregue al beneficiario de la fianza (acreedor).
3.Que entregue con destino al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL S.A.S. copia simple de mi liquidación de prestaciones y de mi documento de identidad al retirarme de la entidad empleadora.
4.Que, en los casos de incapacidad o embargo, envíe copia simple al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL S.A.S. del documento idóneo que acredite dicha eventualidad expedido por la autoridad competente.
5.Que, al retirarme de la empresa, informe a AFIANCOL S.A.S. sobre todas las obligaciones que hayan sido adquiridas por mí mediante libranza, indicando fecha de constitución, monto de la obligación y acreedor de cada una.

DOCUMENTO Afiancol CONTROLADO

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, transfiera y comparta mi información personal con AFIANCOL S.A.S., quien actuará como Responsable del Tratamiento. Adicionalmente, autorizo a **AFIANCOL S.A.S.** para acceder, directa o a través de terceros, a los datos personales contenidos en bases públicas y privadas de información de seguridad social, proveedores tecnológicos de facturación y nómina electrónica, a recolectarlas, almacenarlas y usar mi información con el fin de realizar análisis de riesgos, gestión de cobranza, reporte a centrales de riesgo y, en general, 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, como titular de los datos, le asisten los derechos de conocer, actualizar, rectificar, suprimir su información, así como a revocar esta autorización cuando no medie un deber legal o contractual. Nuestra política de protección de datos, que incluye las finalidades del tratamiento de su información y el procedimiento para el ejercicio de sus derechos, puede ser consultada en **www.afiancolcolombia.com.**

Yo, _____ **AUTORIZO** a **AFIANCOL S.A.S.** para que, con fines comerciales (información de sus servicios), publicitarios y de gestión de cobranza, me contacte a través de los siguientes canales:

Debe elegir una o varias opciones

- ☐ Llamada Telefónica
- ☐ Correo Electrónico
- ☐ WhatsApp
- ☐ Mensaje SMS
- ☐ Dirección Correspondencia
- ☐ Todas las Anteriores

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

DOCUMENTO Afiancol CONTROLADO