



FOR-AFI-VTA-05

VERSIÓN 7

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO - LIBRANZA

29/04/2025

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:

Teléfono 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 pueda consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial 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 y crediticias. 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 éste, en los mismos términos y condiciones.

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 descontada 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.

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 S.A.S. 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 hacer análisis de riesgos 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 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.afiacolcolombia.com.

Yo, AUTORIZO a AFIANCOL S.A.S. para que con fines comerciales (información de sus servicios), publicitarios y 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