

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

DATOS ASOCIADO

Apellidos y Nombre:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
C.C. No.:	Dirección Residencia:	
Teléfono Residencia:	No. de celular:	
Ciudad:	Barrio:	Empresa:
Correo(s) electrónico(s) personal(es):		

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 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.