

**ANEXO No. 1**  
**FORMATO DE AUTORIZACIONES**

- Aceptación de la Garantía, pago de comisiones y no extinción de la obligación: Acepto (amos) la garantía AFIANZAFONDOS S.A.S. para respaldar la operación aprobada por EL FONDO DE EMPLEADOS. Me (nos) obligo (amos) a pagar la comisión de la garantía, más el IVA. En caso que AFIANZAFONDOS S.A.S. se vea obligado a pagar la garantía como resultado de mi incumplimiento, éste se subrogará por el valor pagado y tendrá el derecho a perseguir su recaudo. Reconozco que el pago que llegare a realizar AFIANZAFONDOS S.A.S. no extingue parcial, ni totalmente mi (nuestra) obligación.
- Reporte a operadores de información o Centrales de Información Financiera. Como beneficiario(s) de la garantía expedida por AFIANZAFONDOS S.A.S. autorizo (amos) a esta entidad o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a reportar, actualizar, solicitar, compartir y divulgar al operador de información o Central de Información de Financiera - CIFIN o DATACREDITO o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi (nuestro) comportamiento crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi (nuestro) actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis (nuestras) obligaciones. De igual manera autorizo que todas las comunicaciones a través de las cuales se me notifique el incumplimiento de la(s) obligación(es) a mi cargo, sean enviadas a mi última dirección de correspondencia o correo electrónico registrados en EL FONDO DE EMPLEADOS o en AFIANZAFONDOS o mensaje de texto a través de mí (nuestro) número celular registrado en EL FONDO DE EMPLEADOS o en AFIANZAFONDOS.
- En mi calidad de titular de la información, autorizo permanentemente a AFIANZAFONDOS S.A.S. a que mis datos personales suministrados sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos, transferirlos, usarlos y en general tratarlos en cualquier forma autorizada por la ley y para el desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a AFIANZAFONDOS S.A.S. o a quien represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial.

En señal de aceptación del presente documento se suscribe en la fecha Día \_\_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_\_ / Año \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_