



Fecha: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Avance: \$ \_\_\_\_\_

Valor en Letras: \_\_\_\_\_

**Autorización:**

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a FONALIANZA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente a los sectores de la economía y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. AUTORIZO al fondo de empleados Fonalianza para que se me notifique y se me realice el cobro de mi obligación por llamadas telefónicas, mensajes de texto, carta o correo electrónico.



Huella

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular