

	AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO	Versión: <p style="text-align: center;">1</p>
		Fecha de Aprobación: <p style="text-align: center;">30/10/2019</p>

FORMATO No. 4

Ciudad y Fecha:

Señores:
FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS "FEVI"
 Ciudad:

Apreciados Señores:

Nosotros:
(Deudor) _____ **C.C.** _____
(Codeudor) _____ **C.C.** _____
(Codeudor 2) _____ **C.C.** _____

Mayor(es) de edad vecinos(as) de, _____, por medio del presente escrito autorizo(amos) para que consulten con la **ENTIDAD EMPLEADORA**, la información referente a mis(nuestros) ingresos y deducciones mensuales, así como los créditos que tenga(mos) contraídos, a fin de determinar mi(s) capacidad(es) de descuento. Igualmente autorizo(amos) al **FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS** para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi(s) comportamiento(s) como cliente(s) de la entidad, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier otra central de información debidamente constituida. Así mismo autorizo(amos) para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte de **FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS** o de terceros, todo ello respetando las limitaciones impuestas por las normas legales de autoridades competentes. Autorizo (amos) expresamente a **FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS** para verificar la información contenida en el presente documento y en las solicitudes de crédito que le presente a **FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS**. Igualmente, me(nos) comprometo(emos) durante la vigencia del crédito a actualizar la información suministrada en la solicitud o la que reporta **FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS**, la cual se entiende vigente hasta tanto le notifique a **FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS** cualquier modificación.

NOMBRE DEUDOR: _____
 C.C.: _____
 Dirección Residencia: _____
 Telefono Residencia: _____
 Celular: _____

_____ FIRMA

NOMBRE DEUDOR SOLIDARIO: _____
 C.C.: _____
 Dirección Residencia: _____
 Telefono Residencia: _____
 Celular: _____

_____ FIRMA

NOMBRE DEUDOR SOLIDARIO: _____
 C.C.: _____
 Dirección Residencia: _____
 Telefono Residencia: _____
 Celular: _____

_____ FIRMA