

AUTORIZACION PARA CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO

Yo, _____
Identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre y/o en
representación de: _____

Autorizo expresa e irrevocablemente a la **COOPERATIVA DE GESTION SOCIAL**,
a procesar, solicitar, divulgar, obtener de cualquier fuente y/o reportar a
DATA CREDITO o la **CIFIN** (Central de Información del Sector Financiero que
administra la Asociación Bancaria de Colombia)-, o a cualquier otra entidad nacional
o internacional que maneje o administre base de datos, toda la información y
referencias relativas a mi persona y/o a mis representados.

Así mismo, autorizo expresa e irrevocablemente a la **COOPERATIVA DE GESTION
SOCIAL.**, a verificar todos los antecedentes referentes a mi comportamiento y/o el
de mis representados frente al Sector Financiero, hábitos comerciales, manejo de
cuenta (s) corriente (s) y, en general, frente al cumplimiento de obligaciones.

El reporte y permanencia de la información se ajusta a las normas vigentes
establecidas por la Asociación Bancaria de Colombia.

REGISTRO DE HUELLA DACTILAR

	_____
Huella Dactilar (Índice Derecho)	FIRMA Y No. de Documento
Ciudad y Fecha: _____	

