

## **AUTORIZACION PARA CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO**

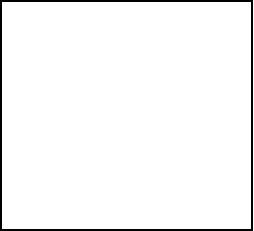
Yo, \_\_\_\_\_  
Identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre y/o en  
representación de: \_\_\_\_\_

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**

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

