



860.029.633-9

COOPERATIVA MULTIACTIVA SALINAS DE COLOMBIA COOPSALINAS

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS EN CENTRALES DE RIESGOS

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA SALINAS DE COLOMBIA “COOPSALINAS”** NIT 860.026.633-9 o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial cuantas veces se requiera por mis transacciones a la central de riesgos **TRANSUNION - CIFIN** o cualquier otra central de riesgos que se consulte y/o que administra la Asociación Bancaria y de Entidades financieras y del sector Cooperativo de Colombia o a quien represente sus derechos.

Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a esta, de conformidad con la legislación aplicable.

La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco el reglamento de **TRANSUNION - CIFIN**.

En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones.

ACEPTO.

DEUDOR

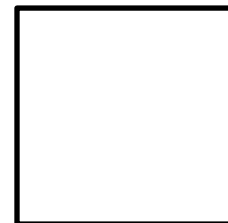
NOMBRE _____

C.C _____

DIRECCIÓN _____

TELEFONO _____

FIRMA _____



HUELLA

DEUDOR SOLIDARIO

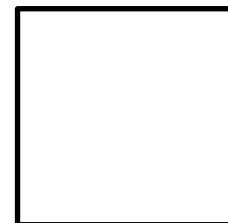
NOMBRE _____

C.C _____

DIRECCIÓN _____

TELEFONO _____

FIRMA _____



HUELLA

Carrera 10A 6-64 / 66 Algarra I Zipaquirá – Telefax (091)8826702 -882 666 – Cel 3143345199

Email: coopsalinas@gmail.com – www.coopsalinas.com