



Caja de Compensación Familiar del Chocó
COMFACHOCÓ
NIT: 891 600 091-8

NOMBRE COMPLETO:

IDENTIFICACIÓN:

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO** 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 a la Central de Información –**CIFIN**- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines.

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 fin de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y las provenientes de otros países. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.

Mis derechos, obligaciones y la permanencia de mi información en las bases de datos serán determinados por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco el contenido del reglamento de la **CIFIN**.

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

FIRMA

DIRECCION

TELEFONO