

ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y AUTORIZACIÓN

FECHA	AAAA.	MM	DD			
NOMBRE:				IDENTIFICACION:		
DIRECCION:				CIUDAD:		
TELEFONO:		CELULAR:		FECHA EXP:		LUGAR:
CORREO:				FECHA NAC:		
PROFESIÓN:				EMPLEADO		INDEPENDIENTE:
NOMBRE DE LA EMPRESA				CARGO		DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:
TELEFONO DEL LUGAR DE TRABAJO						

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:	TEL:	CEL:
NOMBRES Y APELLIDOS:	TEL.	CEL:

AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo al Colegio Windsor ó a quién represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a consultar reportar, conservar, suministrar, solicitar o divulgar a las centrales de informacion de riesgo, toda la información referente a mi comportamiento de pago. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

WINDSOR GROUP S.A.S.
NIT900329420

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
NOMBRE:
CC N°