Facetration of the property of Página 2 de 2

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

O/nosotros: Rafael Chirice Wilches	y/o	identifica
o(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: P		
LINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN	MENCIAS EMANUEL S.A.S., V/O EM	MANUEL INSTITUTO DE
EHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S		
INDALI NOZON I INDALI NOZON ZNI NI IZA ONIO	ar ducidite simplemente el dereca	Poi
pital:		Pol
ereses de plazo:		Po
cereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades	monetarias:	Po
ros gastos:	ALIENANDI IO SELOTA COMPANIO	No
ligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficin	as de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no	. 142-63, o en su orden, o
tenedor de este pagare, el díade	del año	SEGUNDO: que a
rtir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gasto		
r las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro		
stos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el v		
la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses p		
ereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los hono		
ejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligac	ión más sus accesorios. SEXTO: que s	serán de nuestro cargo lo
puestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultand		
nado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INST		
IMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITA		
documento a parte hemos impartido para tal efecto, de confo	rmidad con lo dispuesto en el artículo e	522, inciso 2 del código d
la la información relevente para conde y la esempeño como	001 0569H 00 66H1H00 GBLHB VERMAN X	
ma(s): o pafal chexu wildhat y/o	O DOMESTIC VALIDATE OF THE CONTROLL OF	Est
garé será llenado por el acreedor, de conformidad	de la carta de instrucciones,	que se suscribe ho
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA	in the second and the
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA	ANCO aureab robueb
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA	ANCO algreeb tobueb
carta de Instrucciones para LLEN gotá, D.C., yo,	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA	ANCO y/o
gotá,D.C.,yo,	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA	ANCO y/o AUEL y/o al INSTITUTO
gotá,D.C.,yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA stinguido con el No	ANCO y/o AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech
gotá, D.C., yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No.	ANCO Y/O AUEL y/O al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE
gotá, D.C., yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No.	ANCO Y/O AUEL y/O al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE
carta de instrucciones para Llen. gotá, D.C., yo, sotros, entificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizam acional de demencias emanuel s.a.s., y/o emman fantil s.a.s para llenar los espacios en blanco del pagare dis mos suscrito a favor de Clinica emmnauel consorcio a.s., y/o emmanuel instituto de rehabilitacion y	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No.	ANCO Y/O AUEL y/O al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE
carta de instrucciones para Llengotá, D.C., yo, sotros, sotros, sotros, sotros, sotros de la pie de nuestras firmas, autorizam acional de demencias emanuel s.a.s., y/o emman fantil s.a.s para llenar los espacios en blanco del pagare dis mos suscrito a favor de Clinica emmanuel consorcio a.s., y/o emmanuel instituto de rehabilitación y trucciones:	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNANUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. O y/o al INSTITUTO NACIONAL DE HABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios	AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico
carta de instrucciones para llena gotá, D.C., yo, sotros, sotros, sotros, sotros, sotros de la pie de nuestras firmas, autorizam acional de demencias emanuel s.a.s., y/o emman fantil s.a.s para llenar los espacios en blanco del pagare dis mos suscrito a favor de clinica emmanuel consorcio a.s., y/o emmanuel instituto de rehabilitación de trucciones:	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNANUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. O y/o al INSTITUTO NACIONAL DE HABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios	AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico
carta de instrucciones para llen. gotá, D.C., yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE Y HABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmi	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota
carta de instrucciones para Llen. gotá, D.C., yo, sotros, entificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizam acional de demencias emanuel s.a.s., y/o emman fantil s.a.s para llenar los espacios en blanco del pagare dis mos suscrito a favor de Clinica emmnauel consorcio a.s., y/o emmanuel instituto de rehabilitación y trucciones: el valor del capital será la suma total que por hospitalización, con scritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a oderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. O y/o al INSTITUTO NACIONAL DE F HABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmito de la permanencia en el CONSORCI	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE
carta de instrucciones para Llen. gotá, D. C., yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE MABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmito de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION
carta de instrucciones para Llengotá, D.C., yo, sotros, sotros, sotros, sotros, sotros, sotros de carecte al pie de nuestras firmas, autorizam acional de Demencias Emanuel S.A.S., y/o Emmana FANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare dismos suscrito a favor de Clinica Emmnauel Consorcio a.S., y/o Emmanuel Instituto de Rehabilitación y strucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, conscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a oderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto o al Instituto Nacional de Demencias Emanuel SABILITACIÓN INFANTILS.A.S; del paciente	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE MABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmito de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION
carta de instrucciones para Llengotá, D.C., yo, sotros, sotros, sotros, sotros, sotros, sotros de carta de pie de nuestras firmas, autorizam acional de pagare distributo de la pagare distrucciones suscrito a favor de Clinica Emmnauel Consorcio acs., y/o Emmanuel Instituto de Rehabilitación de de valor del capital será la suma total que por hospitalización, conscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a decradores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la Instituto Nacional de decreta suma total que por hospitalización, conscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a decradores y demás gastos que se haya incurrido por concepto da Instituto Nacional de Demencias Emanuel Sabilitación Infantils.A.S; del paciente del ingreso con fecha	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNINUEL INSTITUTO DE REHABILITA STINUIDA CON AL INSTITUTO NACIONAL DE MABILITACION INFANTIL S.A.S CONSUlta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmito de la permanencia en el CONSORCIO. S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION
carta de instrucciones para Llen. gotá, D.C., yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNINUEL INSTITUTO DE REHABILITA STINUIDA CON A INSTITUTO NACIONAL DE HABILITACION INFANTIL S.A.S CONSUlta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inminue de la permanencia en el CONSORCIO. S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION
carta de instrucciones para Llengotá, D.C., yo,	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNANUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. O y/o al INSTITUTO NACIONAL DE MABILITACION INFANTIL S.A.S consulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmito de la permanencia en el CONSORCIO.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO des monetarias.	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION
carta de instrucciones para Llenagotá, D.C., yo, gotos, pentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizama acional de demencias emanuel s.a.s., y/o emmana frantil s.a.s para llenar los espacios en blanco del pagare dismos suscrito a favor de Clinica emmnauel consorcio a.s., y/o emmanuel instituto de rehabilitación de rucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, conscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a oderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto o al instituto nacional de se haya incurrido por concepto o al instituto nacional de pagares y demás gastos que se haya incurrido por concepto o al instituto nacional de paciente de paciente ingreso con fecha intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridas mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las organs será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones.	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA stinguido con el No. O y/o al INSTITUTO NACIONAL DE r HABILITACION INFANTIL S.A.S co nsulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmue o de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO indes monetarias. Cobranzas prejudicial y judicial en caso nomento de la salida del paciente ya	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO — que en la fech E DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION de que haya lugar a ello, nombrado la cuenta no ello.
carta de instrucciones para Llenagotá, D.C., yo, gotos, pentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizama acional de demencias emanuel s.a.s., y/o emmana frantil s.a.s para llenar los espacios en blanco del pagare dismos suscrito a favor de Clinica emmnauel consorcio a.s., y/o emmanuel instituto de rehabilitación de rucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, conscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a oderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto o al instituto nacional de se haya incurrido por concepto o al instituto nacional de pagares y demás gastos que se haya incurrido por concepto o al instituto nacional de paciente de paciente ingreso con fecha intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridas mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las organs será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones, si al material de la cuerdo con estas instrucciones.	nos a CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA stinguido con el No. O y/o al INSTITUTO NACIONAL DE r HABILITACION INFANTIL S.A.S co nsulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmue o de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO indes monetarias. Cobranzas prejudicial y judicial en caso nomento de la salida del paciente ya	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO — que en la fech E DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION de que haya lugar a ello. nombrado la cuenta no ello.
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN. gotá, D.C., yo,	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA TOS A CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE T HABILITACION INFANTIL S.A.S co Insulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmit de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO des monetarias. Cobranzas prejudicial y judicial en caso nomento de la salida del paciente ya thecho abono a tal cuenta.	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION de que haya lugar a ello, nombrado la cuenta no el
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN. gotá, D.C., yo,	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA TOS A CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE MABILITACION INFANTIL S.A.S o Insulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmit de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Indes monetarias. Cobranzas prejudicial y judicial en caso e nomento de la salida del paciente ya hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION de que haya lugar a ello, nombrado la cuenta no el
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN gotá, D.C., yo, posotros, entificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizam ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN FANTIL S.A.S para flenar los espacios en blanco del pagare dis emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y strucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a oderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto lo al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S ABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente lien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autorida sí mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las o agare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al m ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya rma paciente: Para el Charre Malda- C.: 493 263 de 123 400 de 100	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA TOS A CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE T HABILITACION INFANTIL S.A.S co Insulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmit de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO des monetarias. Cobranzas prejudicial y judicial en caso nomento de la salida del paciente ya thecho abono a tal cuenta.	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION de que haya lugar a ello.
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLEN. gotá, D.C., yo, posotros, entificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizam ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN FRANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare dis emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION N strucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a oderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto /o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S ABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente uien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autorida sí mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las o agare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al m ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya l rma paciente: Cara el Cara e	AR PAGARE CON ESPACIOS EN BLA TOS A CONSORCIO CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE REHABILITA Stinguido con el No. D y/o al INSTITUTO NACIONAL DE MABILITACION INFANTIL S.A.S o Insulta prioritaria y hospital día, servicios la institución (bienes muebles e inmit de la permanencia en el CONSORCI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Indes monetarias. Cobranzas prejudicial y judicial en caso e nomento de la salida del paciente ya hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:	ANCO AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACIO — que en la fech DEMENCIAS EMANUE onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota to CLINICA EMMNAUE DE REHABILITACION de que haya lugar a ello. nombrado la cuenta no ello.



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

			-
Priginal:	29/06/2017	chafford a	
		CONTRACTOR OF THE PARTY OF	

Actualización: --/--/

Página 2 de 2

Versión: 01

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Cedula de ciudadanía: 193263 Bojoco	
Estado Civil: Cusaclo	s de plazo:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Pa Pa</u>	s de mora: a la máxima autorizada por las autondados
Empresa empleadora: Tuberia Durmau.	os a Dagar dicha suma de dinem al acreedor en eux edel
Dirección: Madrid	or de este pagare, el día de de
Teléfono(s): Le emixism et éast si a astron des aos de tri aomenages ao	de esta fecha, sobre las oblugadades insultas y los gast
Trabajador independiente (profesión u oficio): Operario.	costos que dicha colarata se resalonen aciden como el
Dirección: funca la esmenabla Burrio Gar	his Bolece is a same with some at she
Telefono(s): 322 4611090	s a la maxima (asa fijada para la mora. QuYATQ) kas hon

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO

CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE

REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

- A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
- C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la **SUPERFINANCIERA** o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
- E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

Nombres .. Rafar chosen witches

C.C.: 1793 263 de 190/402

Firma: Pefaloleum work