Carrier citio Extractio Extraction state Free cition state National de Pementias Indianal

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Yo/nosotros: Cathe	rine 1	Lirapak	ita	PAGA	ARE No.	638 F		
do(s) como anarece al nie do mi	(nuoctrac) fin	ma(a) da \$		y/o			iden	ntifica
do(s) como aparece al pie de mi CLINICA EMMNAUEL y/o al	(Nuestras) nr	ma(s), dectaramos:	PRIMERO	: que somos	deudores in	condicionales	de CONSOI	RCI
REHABILITACION Y HABI	LITACION 1	INFANTII SAS	en adolar	to simplem	S.A.S., y/o	EMMANUEL	INSTITUT	O D
			Cii adeiai	ite simplem	ente ei aci	eedor, por	ia cantidad	_
capital:								_ Po Po
intereses de plazo:								_ Po
intereses de mora: a la máxim otros gastos:	a autorizada _l	por las autoridades	monetaria	ns:				Po
943(03,								_ No
obligamos a pagar dicha suma (ue dinero ai ad	creedor en sus ofici	nas de Bog	otá D.C., en	la Carrera 2	2 no. 142-63,	o en su ord	en, d
al tenedor de este pagare, el c	as obligacione	ae		del a	año	SE	GUNDO: q	jue a
partir de esta fecha, sobre la por las autoridades monetarias	TEPCEPO: a	s insultas y los gast	os pagaren	nos intereses	moratorios a	a la tasa de m	iáxima autor	izada
por las autoridades monetarias. gastos y costos que por dicha co de la fecha de la respectiva dom	branza se oca	ide en caso de cobri	o juaiciai o Valor del ir	extra judicial	de este pag	are serán de	nuestro carg	o lo:
de la fecha de la respectiva dem	anda iudicial	sobre los intereses	nendientos	npuesto de til	mbre, si hay	lugar de él. C	CUARTO: a p	parti
intereses a la máxima tasa fijada	para la mora.	. OUINTO: los hone	orarios de s	, debidos con pogado, on e	run ano de a	anterioridad o	mas, pagare	emo:
projudicial, se establecell ell ull	14070 SUDIE E	i valor de la oblida	ann mac c	IIC acceptance	CEVTA. a	ua carán da		
mpacses que causen este paya	re, queuado a	ii acreedor facultand	10 nara nac	iarlos nor mi	cuanta ci fuc	ro nococario	Coto no no /	
mentage per COMSCICIO CLI	ATCH CIMININ	AUEL V/O ALINS		IACTORIAL E	VE DEMENI	STAC PAGABLE	IEI C . C	
	EUADILLIAC	LIUN Y HAKII ITA	CION INF	ANTTI CAC	do conform	idad oom laa :		
an accumento a parte nemos in	partido para	tal efecto, de confo	ormidad cor	lo dispuesto	en el artíci	ilo 622 incisc	nociucciónes o 2 del códia	n de
comercio.	11)0		1	,		ozz, meisc	2 der codig	o uc
Firma(s): Cotherin	NE MI	10000	\mathbb{C}					
	al acroader	y/o						Este
por e	acreedor,	de conformidad	i de la	carta de	instruccione	s, que se	suscribe	hoy
CARTA DE	INSTRUCCIO	ONES PARA LLEN	AR PAGA	RE CON ESP.	ACIOS EN I	BLANCO		
Bogotá,D.C.,yo,							γ	//0
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,		as firmas autorizam	oos a CON	CODOTO OL				
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS	pie de nuestra	A.S. V/O FMMAN	MINEL INIC	FITHITA RE	DELIA DEL T		al INSTITU	JTO
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S., espacios en bl	lanco del pagare dis	NUEL INS	TITUTO DE	REHABILI	TACION Y F	al INSTITU	JTO ION
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl	lanco del pagare dis	stinguido co	n el No	REHABILI	TACION Y H	al INSTITUIABILITACI	JTO ION echa
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl	lanco del pagare dis	stinguido co	n el No	REHABILI	TACION Y H	al INSTITUIABILITACI	JTO ION echa
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S., espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE	A.S., y/o EMMAN lanco del pagare dis NUEL CONSORCIO HABILITACION Y	Stinguido co O y/o al II O HABILIT	n el No NSTITUTO N ACION INFA	REHABILI IACIONAL ANTIL S.A.S	DE DEMENCES conforme co	al INSTITU IABILITACI que en la fe IAS EMANU on las siguier	JTO ION echa UEL ntes
Bogotá,D.C.,yo,_ Nosotros,	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO HABILITACION Y	stinguido co O y/o al II / HABILIT	TITUTO DE on el No NSTITUTO N ACION INFA	REHABILI IACIONAL ANTIL S.A.S	DE DEMENCES conforme co	al INSTITU IABILITACI que en la fe IAS EMANU On las siguier	JTO ION echa UEL ntes
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por	A.S., y/o EMMAN lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor	stinguido co y/o al II HABILIT nsulta prior	n el No. NSTITUTO N ACION INFA	ANTIL S.A.S	DE DEMENO S conforme co	al INSTITUMABILITACI HABILITACI TIAS EMANU On las siguier Por los méd	JTO ION echa UEL ntes icos
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se hava incu	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a	tinguido co y/o al II HABILIT nsulta prior la institucio	n el No NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic	DE DEMENCE conforme conios prestados muebles), co	al INSTITUMABILITACION que en la fectia EMANION las siguien por los méd pagos y cue	JTO ION echa UEL ntes icos otas
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S., espacios en bl ICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu	A.S., y/o EMMAN lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S	tinguido co y/o al II HABILIT nsulta prior la institucio	n el No NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic	DE DEMENCE conforme conios prestados muebles), co	al INSTITUMABILITACION que en la fectia EMANION las siguien por los méd pagos y cue	JTO ION echa UEL ntes icos otas
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S., espacios en bl ICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu	A.S., y/o EMMAN lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S	tinguido co y/o al II HABILIT nsulta prior la institucio	n el No NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic	DE DEMENCE conforme conios prestados muebles), co	al INSTITUMABILITACION que en la fectia EMANION las siguien por los méd pagos y cue	JTO ION echa UEL ntes icos otas
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestra EMANUEL S., espacios en bl ICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu	A.S., y/o EMMAN lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S	tinguido co y/o al II HABILIT nsulta prior la institucio	n el No NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic	DE DEMENCE conforme conios prestados muebles), co	al INSTITUMABILITACION que en la fecta EMANION las siguien por los méd pagos y cue	JTO ION echa UEL ntes icos otas
Bogotá,D.C.,yo,_ Nosotros,	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac	A.S., y/o EMMAN lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor ios ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente	stinguido co Dy/o al II HABILIT Insulta prior la institucio de la pern	ITTUTO DE In el No. INSTITUTO IN ACION INFA Itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic	DE DEMENCE conforme conios prestados muebles), co	al INSTITUMABILITACION que en la fecta EMANION las siguien por los méd pagos y cue	JTO ION echa UEL ntes icos otas
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al la NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medica moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS. A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim.	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitie	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor ios ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente	stinguido co D y/o al II Y HABILIT Insulta prior la institució de la pern .A.S., y/o	ITTUTO DE IN el No. INSTITUTO IN ACION INFA Itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL	REHABILI' ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT	DE DEMENCE Conforme co ios prestados muebles), co CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUM IABILITACI que en la fe IAS EMANI on las siguier por los méd pagos y cuc CA EMMNAU BILITACIOI	UTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al la NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medici moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim. Así mismo me (nos) obligo (obliga	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitio	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente	stinguido co D y/o al II Y HABILIT nsulta prior la institucio de la pern .A.S., y/o	ITTUTO DE IN el No. INSTITUTO IN ACION INFA Itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL ITIAN.	REHABILI ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medic moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim. Así mismo me (nos) obligo (obliga pagare será llenado de acuerdo	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitionos) a pagar con estas inst	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor ios ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente	stinguido co D y/o al II / HABILIT nsulta prior la institució de la pern .A.S., y/o	n el No. NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL rias. rejudicial y jui	ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medic moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim Así mismo me (nos) obligo (obliga pagare será llenado de acuerdo cancelada en su totalidad, o por e	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitionos) a pagar con estas inst	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor ios ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente	stinguido co D y/o al II / HABILIT nsulta prior la institució de la pern .A.S., y/o	n el No. NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL rias. rejudicial y jui	ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al MACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medic moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim Así mismo me (nos) obligo (obliga pagare será llenado de acuerdo cancelada en su totalidad, o por esfirma paciente:	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitionos) a pagar con estas inst	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya ho	stinguido co y/o al II / HABILIT nsulta prior la institucio de la pern A.S., y/o des moneta obranzas pr omento de echo abono	n el No. NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL rias. rejudicial y jue la salida del o a tal cuenta	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT dicial en cass paciente ya	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo,_ Nosotros,_ identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medic moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxim. Así mismo me (nos) obligo (obliga pagare será llenado de acuerdo cancelada en su totalidad, o por estrema paciente: Erirma paciente:	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitionos) a pagar con estas inst	lanco del pagare dis AUEL CONSORCIO EHABILITACION Y hospitalización, cor los ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya ho	stinguido co y/o al II / HABILIT nsulta prior la institucio de la pern A.S., y/o des moneta obranzas pr omento de echo abono	n el No. NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL rias. rejudicial y jui	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT dicial en cass paciente ya	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medic moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim Así mismo me (nos) obligo (obliga pagare será llenado de acuerdo cancelada en su totalidad, o por e Firma paciente: C.C.: Firma responsable:	pie de nuestra EMANUEL S espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitio mos) a pagar con estas inst I saldo en caso	hospitalización, cor ios ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya ho	stinguido co y/o al II / HABILIT nsulta prior la institucio de la pern A.S., y/o des moneta obranzas pr omento de echo abono	n el No. NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL rias. rejudicial y jue la salida del o a tal cuenta	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT dicial en cass paciente ya	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y
Bogotá,D.C.,yo,_ Nosotros, _ identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS I INFANTIL S.A.S para llenar los hemos suscrito a favor de CLIN S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma adscritos a la institución, medic moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION INFANTILS.A quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxim Así mismo me (nos) obligo (obliga pagare será llenado de acuerdo cancelada en su totalidad, o por electrica paciente:	pie de nuestra EMANUEL S. espacios en bl IICA EMMNA TUTO DE RE total que por amentos, dañ e se haya incu DE DEMENO A.S; del pac a tasa permitio mos) a pagar con estas inst I saldo en caso	hospitalización, cor ios ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya ho	stinguido co y/o al II / HABILIT nsulta prior la institucio de la pern A.S., y/o des moneta obranzas pr omento de echo abono	n el No. NSTITUTO N ACION INFA itaria y hospit ón (bienes m nanencia en e EMMANUEL rias. rejudicial y jue la salida del o a tal cuenta	IACIONAL ANTIL S.A.S al día, servic nuebles e in el CONSOR INSTITUT dicial en cass paciente ya	DE DEMENCE Conforme conios prestados muebles), con CCIO CLINICO O DE REHAI	al INSTITUMENTALISME	JTO ION echa UEL ntes icos otas JEL N Y



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 2 de 2

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

	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres	<u>Carrierrie</u>
	e ciudadanía:
Estado C	
	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: empleadora: A M DIENTES CEROMICOS
•	ellineadora.
	1. CIO 16 # 27-88 10110
Teléfono	(s): 7428611- 7422678 - 3004949263
Trabajad	lor independiente (profesión u oficio):
Dirección	11 Control of the Con
Telefono	(S):
CLINIC	que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO A EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE ILITACION 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
D	deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como
В.	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.
veras, co	rización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es ompleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.
fines dif	rización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para erentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas entes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos ticos, conclusiones de ellas.
Declaro	haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
	nces y sus implicaciones.
Nombre	s Catherine Pirapauta 602man
C.C.:	55.179.29/4,), 0
	Ochhenne, Frankly