	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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:

Nombres: _____
 Cedula de ciudadanía: _____
 Estado Civil: _____
 Parentesco o calidad en la que actúa: _____
 Empresa empleadora: _____
 Dirección: _____
 Teléfono(s): _____
 Trabajador independiente: _____
 Dirección: _____
 Teléfono(s): _____

Declaro que la información suministrada es verídica y doy mi consentimiento irrevocable a al
CONSORCIO CLINICO DE INVESTIGACIONES Y ASISTENCIA MEDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien el
INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien el solicitante autorice, para:


- Consultar, en cualquier momento, en las centrales de riesgo toda la información registrada para conocer mi desempeño como deudor, o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- Reportar a las centrales de riesgo de riesgo datos actualizados o sin tratar, tal como el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten información veraz, oportuna, completa e exacta de mi desempeño como deudor después de haber procesado diversos canales para obtener información significativa.
- Enviar la información a las centrales de riesgo de manera directa, también, por intermedio de la **SUPERFINCIERA** o las entidades financieras públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla y utilizarla para sus fines administrativos.
- Conservar, tanto en (la entidad) como en las bases de datos, las actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus respectivos reglamentos, B y E. de esta cláusula.
- Suministrar a las centrales de riesgo toda la información de mis relaciones comerciales, financieras, laborales, de crédito como otros atenuantes a mis obligaciones, bases de datos públicas o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o que consten en registros públicos.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que yo quiera que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe 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: Francisco Ernesto Rueda (Padre)
 C.C.: 11430233

	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	
	FR - THRL - 04	Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/---
		Versión: 01 Página ³ de 2

Firma:

[Handwritten signature]

