## Entra independent

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 1 de 2

1766 B

Yo/nosotros: * Mibel & Cavolina Cardenas.	PAGARE No.	<u> </u>
	_y/o	identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos:	PRIMERO: que somos d	eudores incondicionales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL I		
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.	S en adelante simplemente	el acreedor, por la cantidad
de:		
Por capital:		Por
Por intereses de plazo:	<b>∂S</b> ;	
otros gastos:	μσι <u>.</u>	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bos	otá D.C., en la Carrera 22 i	
al tenedor de este pagare, el día de		
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos i		
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de		
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, as		
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, so	obre los intereses pendient	es, debidos con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la r		
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20		
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagar		
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CL		
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte h	e REMABILITACION I F	octo de conformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	entos impartido para tai en	sco, de comormada con lo
dispuesto en el dificulo 022, inciso 2 del codigo de comercio.	and the second of the second o	24 T + 2.
Firma(s):		Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la	carta de instrucciones	, que se suscribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGA	ARE CON ESPACIOS EN B	LANCO
A CONTRACTOR OF THE ACTION OF		
Bogotá,D.C.,yo,		<u>y</u> /o
Nosotros,		<del> ;;                                   </del>
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a COI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS		
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAASA 7/0 EMMANUEL IN		
	no con el No	que en la
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui		
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO	y/o al INSTITUTO NA	CIONAL DE DEMENCIAS
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO	y/o al INSTITUTO NA	CIONAL DE DEMENCIAS
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO	O y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF. a prioritaria y hospital día, a institución (bienes muebl	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF. La prioritaria y hospital día, la institución (bienes mueblo to de la permanencia en e	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y El CONSORCIO CLINICA
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF. a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueblo to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y El CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueblo de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y consorcio clinica MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF. a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueblo to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y El CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION  Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION COLLOCIO COLLOCAL	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueblo de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y consorcio clinica MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONEL MARILITACION COLLOCIO COLLOCI	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI INFANTII GALLON quien	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y consorcio clinica MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION PACIONAL PACIONA	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF. Ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI INFANTIO GALLOCO quien  tarias.	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION CAL DENCIAS EM CALLO CONCOLO CAL DENCIAS EM REHABILITACION (CAL DENCIAS)  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza.	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  Ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI INFANTIE GALCON quien  tarias. s prejudicial y judicial en ca	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha  so de que haya lugar a ello.
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION COLLO CO	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI INFANTIE GRUCO quien  tarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha  so de que haya lugar a ello.
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION CAL DENCIAS EM CALLO CONCOLO CAL DENCIAS EM REHABILITACION (CAL DENCIAS)  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza.	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI INFANTIE GRUCO quien  tarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha  so de que haya lugar a ello.
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION COLLO CO	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMI INFANTIE GRUCO quien  tarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya	CIONAL DE DEMENCIAS ANTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha  so de que haya lugar a ello.
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION paciente Y HABILITACION CAL DENCIAS EM PASÍ mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abo Firma paciente:	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  Ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el INFANTII GALCON quien  Tarias.  Is prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya no a tal cuenta.	Servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha eso de que haya lugar a ello. In nombrado la cuenta no es
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION OCAL DE COLO COLO COLO COLO COLO COLO COLO COL	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  Ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el INFANTII GALCON quien  Tarias.  Is prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya no a tal cuenta.	Servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha eso de que haya lugar a ello. In nombrado la cuenta no es
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION CAL DENCIAS EM PASÍ mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abo Firma paciente:  C.C.: de Firma responsable: Y INDESTO CALCAGO.	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el INFANTIL GALCON quien  atarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya no a tal cuenta.  Nombre	Servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha eso de que haya lugar a ello. In nombrado la cuenta no es
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingui fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consult médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION Y HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM REHABILITACION OCAL DE COLO COLO COLO COLO COLO COLO COLO COL	D y/o al INSTITUTO NA N Y HABILITACION INF.  a prioritaria y hospital día, a institución (bienes mueble to de la permanencia en el INFANTIL GALCON quien  atarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya no a tal cuenta.  Nombre	Servicios prestados por los es e inmuebles), copagos y el CONSORCIO CLINICA MANUEL INSTITUTO DE LS.A.S; del ingreso con fecha eso de que haya lugar a ello. In nombrado la cuenta no es

## Entraries Entraries Entraries Entraries Independent

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:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: Telefono(s):
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:
<ul> <li>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.</li> <li>B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento 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 significaţiva.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
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
C.C.:
Firma: