

RAZON SOCIAL

\_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD Y DIRECCION

REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio y/o en Representación de la empresa

\_\_\_\_\_ actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a **LIDERMEDICA SAS**, o a quienes representen sus derechos, a reportar, procesar, consultar, solicitar, suministrar, y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios a los operadores de bancos de datos de LIDERMEDICA SAS, ASO-BANCARIA (CIFIN), DATACREDITO y FENALCO (PROCREDITO) o a quienes representen sus derechos.

De la misma forma, autorizo para que dicha información sea consultada y suministrada por los mencionados operadores a sus usuarios y aquellos autorizados por la ley 1266 de 2008.

En consecuencia, quienes tengan acceso a estas bases de datos conocerán mi historia crediticia, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago, y aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, así como el cumplimiento de mis obligaciones financieras, crediticias, comerciales y de servicios. Esta información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos.

En caso de que en el futuro, los autorizados en este documento efectúen, a favor de un tercero, una venta de cartera, endoso o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

Asimismo, autorizo a LIDERMEDICA SAS a que, en su calidad de operador, comparta la información con otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al establecido en este documento y garanticen el respeto de mi derecho fundamental al hábeas data.

Bajo la gravedad de juramento verifico que los datos personales por mí suministrados son veraces, completos, exactos, actualizados y comprobables. Por lo tanto, cualquier error en la información suministrada por mí será de mi única y exclusiva responsabilidad, lo que exonera a LIDERMEDICA SAS de su responsabilidad ante las autoridades judiciales y/o administrativas por la información aquí consignada, así mismo será mi responsabilidad y deber informar oportunamente en caso que los datos suministrados a futuro cambien.

Persona Natural / Representante Legal Responsable

\_\_\_\_\_

Firma y Sello Firma

No. Cedula / NIT: \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_