



ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIONES

- **Aceptación de la Garantía, pago de comisiones y no extinción de la obligación.** Acepto (amos) la garantía del Fondo de Garantías Respaldamos S.A.S. para respaldar la operación aprobada por COOPERATIVA DE PROFESIONALES SANITAS. Me (nos) obligo (amos) a pagar la comisión de la garantía, más el IVA. En caso que El Fondo de Garantías Respaldamos se vea obligado a pagar la garantía como resultado de mi incumplimiento, éste se subrogará por el valor pagado y tendrá el derecho a perseguir su recaudo. Reconozco que el pago que llegare a realizar al Fondo de Garantías Respaldamos S.A.S. no extingue parcial, ni totalmente mi (nuestra) obligación.
- **Reporte a operadores de información o Centrales de Información Financiera.** Como beneficiario(s) de la garantía expedida por el Fondo de Garantías Respaldamos S.A.S. autorizo(amos) a esta entidad o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a reportar, actualizar, solicitar, compartir y divulgar al operador de información o Central de Información de Financiera - CIFIIN o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi (nuestro) comportamiento crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi (nuestro) actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis (nuestras) obligaciones.
- En mi calidad de titular de la información, autorizo permanentemente al Fondo de Garantías Respaldamos S.A.S. a que mis datos personales suministrados sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos, transferirlos, usarlos y en general tratarlos en cualquier forma autorizada por la ley y para el desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente al Fondo de Garantías Respaldamos S.A.S. o a quien represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial.

En señal de aceptación del presente documento se suscribe en la fecha Día ____/ Mes ____/ Año_____.

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

IDENTIFICACION _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

IDENTIFICACION _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____