Clinica	FORMAIO PAGAKE	OKMAIO PAGAKE PAKA PACIENIES HOSPIIALIZADOS	200
Section Sectio	Documento Controlado	Original:21/12/2016 Ve	Versión: 01
	FR- GFCT -01	Actualización:// Pági	Página 2 de
AUTORIZACIÓN PARA CONSI	NSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	Z
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	uscribir pagare y carta de instrucc ອີກປີລູດ(() ຊ	ciones:	:
Cedula de ciudadanía: 52-111 OCC	0 49		
Estado Civil: Couldo	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	no es el paciente: Mana		
Empresa empleadora: $CONEXO$	logistics.		
Dirección:			
Teléfono(s):			
Trabajador independiente (profesión u oficio):	oficio):		
Dirección:			
Telefono(s): 311804265			
Declaro que la información que he (m CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMMANUEL INSTITUTO DE REHABI del crédito solicitado, para:	nos) suministrado es verídica y c O y/o al INSTITUTO NACI ILITACION Y HABILITACION I	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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:	cable a la A.S., y/o el acreedor
A. Consultar, en cualquier tiemp como deudor, mi capacidad d B. Reportar a las centrales de in como sobre el incumplimient patrimonial de tal forma que e	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para c como 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 como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actu	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. 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	esempeño o oportuno contenido acta de mi
significativa. C. Enviar la información mencio	ipues de naber cruzado y procesa onada a las centrales de riesgo lemás entidades públicas que ejer	uesenipeno conto deudor despues de naber cruzado y procesado diversos datos utiles para obtener una informacion significativa. 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	rtormacion edio de la fin de que
estas puedan tratarla, analizar D. Conservar, tanto en (la entida necesario señalado en sus reg E. Suministrar a las centrales de la a mis relaciones comerciales,	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas act necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes ca mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo ha	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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. 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 existenciales.	el periodo tenuantes onsten en
La autorización anterior no me impedira	ación anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	ninistrada
es veras, completa, exacta y ecualizada rectificación y a que se informa sobre obligación de indicarme, cuando yo lo pi de mi petición.	a, y en caso de que no lo sea, a e las correcciones efectuadas. Ta ida, quien consulto mi historia de c	es veras, contipieta, 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.	a exigir su ción de la anteriores
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a la para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de públicas competentes el cumplimiento de mis debere mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	a entidad) y a las centrales de infor los riesgos de concederme un cre de mis deberes constitucionales isiones de ellas.	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.	encionada utoridades y derivar,
Declaro haber leído cuidadosamente el c	contenido de esta cláusula y haber	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo	l entiendo
Nombres Dint Haaner P	Par Cembanier		
110 &CA	, S		
Firma: Dia du haire	Levis	(cmsansa	



inde Branco Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Actualización: --/--/-Original:21/12/2016 Página 1 de 2 Versión: 01

Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy	Este
Firma(s):	Firma(
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	INFA I
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NACI
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llegado por CITNTCA EMMNAUEL CONSORCTO v/o al TNSTITUTO	SEXT
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	de arri
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	de él.
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	nuestr
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	que a
o al tenedor de este pagare, el díadedel añoSEGUNDO:	o al te
pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su or	obliga
	otros ç
a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	interes
es de plazo:	interes
-	capital:
UEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreec	
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	CLINI
Yo/nosotros: Uni 10 hana 1992 Combayin y/o Laro bhana (Soing Caro) identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	Yo/nos identif
•	
PAGARE NO. 254	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

or del capital será la suma total que por hospitalización consulta prioritaria	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	otas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de	otas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de USORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	otas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de SORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL ABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha
	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	or del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priorítar os adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu as moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de	or del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priorítar os adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución medicamentos, daños ocasionados a la institución medicamentos, daños ocasionados a la institución medicamentos da incurrido por concepto de societa y o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	or del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priorital os adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institucamentos moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de GORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL BILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	or del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priorita os adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institucas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de SORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL BILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente o con fecha

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

'nΝ

Firma paciente:	Nombre del paciente:	
C.C.:	de	
)		5
Firma responsable: Win Jung na	Firma responsable: Win JONGAC KCC Consultation of responsable: Win delicate 1272 (162 (.
CC: Stallage	de Bog only	