FORMATO PAGA	Documento Controlado
Chulcae Emmanuel	The state of the s

 \sim Página 1 de Versión: 01 Actualización: --/--/-Original:21/12/2016

RE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

174 PAGARE No.

Yo/nosotros: Edgs Oslands Pignous Grains via 100 100 day	
cond aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: FIMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION NATITITO DE REHABII ITACION Y HABII ITACION INE	de
por la cantidad de:	į &
	Po
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	en,
o al tenedor de este pagare, el día de de del año SEGUNDO:	Ö
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos interesés moratorios a la tasa de máxima	ma
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	gar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	aso
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	ios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	pod
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	9
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	20
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	ф
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

de instrucciones, que se

carta

<u>0</u>

de conformidad de

creedo

será llenado

pagaré

Firma(s): Este

yo/nosotros, Edgas Oslanda Ranggue Golnesa y/o identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y que en la fecha hemos suscrito a favor de 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 conforme con las siguientes instrucciones: pagare del planco eu los espacios 2017 llenar para Bogotá D.C., MZF20 > (yo/nosotros, Edgas ()s/sndo Kraidentificado(s) como aparece al pie de S.A.S INFANTIL HABILITACION

distinguido

- El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos 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
 - Intereses de plazo: 2 6
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

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.

	ole:
Nombre del paciente:	Nombre del responsable:
d / C	Was Started de
Firma paciente:	Firma responsable:

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

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

obilgación de Indicarme, cuando yo io pida, quien consulto mi historia de desembeno crediticio durante los seis meses antenio es de mi petición.	E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes					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	como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido	B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno		Dirección:	Trabajador independiente (profesión u oficio):	Teléfono(s): 787932 - 3133583241	Dirección: (7116 55 A sur 7716-56 2000 201	Stetanini	у <u>е</u> Р	Estado Civil: C35300	Cedula de ciudadanía: 79049371 de Boget	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:
	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconomicas que yo naya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. 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	 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. 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 	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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. 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	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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. 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. 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	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. 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. 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. 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	significativa. 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. 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. 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. 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	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. 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. 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. 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. 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	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 significativa. 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. 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. 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. 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	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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento, 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus regiamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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. 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	Declaro que la información que he (mos), suministrado es veridica 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: 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. 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 estas 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada exoras, completa, exacta y ecualizada, y en caso	Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos), suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACTONAL 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: 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. 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 significativa. 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 alichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como entrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B, y E. de esta cláusula. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada expras, completa, exacta y ec	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 la CLIVICA 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: 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. 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la i	Teléfono(s): \$\gamma_{\g	Dirección: 1879 932 - 3133583241 Teléfono(s): 1879 932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): 1 Dirección: 18 Telefono(s): 18 Telefono	Empresa empleadora: Stetamini Intervirtica & Jecnologie Dirección: (2) 16 55 A 2015 17 18 - 56 20 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70 70	Empresa empleadora: Stetanini Theory price & Tocycle Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: & Tocycle Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: & Tocycle Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: & Tocycle Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente. Teléfono(s): TSERSEL - SISSESSEL A SULTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SA.S. y lo priección: Telefono(s): TSERSEL - SISSESSEL A SULTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y lo EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y lo EMMANUEL NISTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el credito solicitado, para: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo total la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento poportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis solligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información vezz, pertinente, completa actualizad y evacta de mi desempeño como obrer el incumplimiento, se hubiere, de mis solligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información vezz, pertinente, completa actualizad y evacta de mi desempeño como obrer el incumplimiento, se hubiere, de mis solligaciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales de riesgo, con las debás actualizad y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales de riesgo, con las debás actualizad y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, chasificaria y luego suministraria a dichas centrales de crédi	Estado Civil: C3238 9 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: D3858 Empresa empleadora: Stelamini D785833241 Teléfono(s): T878932 - 31335833241 Teléfono(s): T887932 - 31335833241 Teléfono(s): T887932 - 31335833241 Teléfono(s): T887932 - 31335833241 Teléfono(s): T887932 - 31335833241 Dirección: Direcci	Estado Civil: CZESO D Estado Civil: CZESO D Reprentesco o calidad en la que actúa, si no es el padente: STERMINIO TORRESO DE PROPERTO DE PROPERTO CONSORCIO SI DE STERMINIO DE REPRENCESO DE PROPERTO DE PROPERTO DE PROPERTO DE PROPERTO DE PROPERTO DE REPRENCESO DE LA SULCIPIO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS ENANUEL SA.S., Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEPRENCEAS DEPRENCEAS ENTRES DE CONSORCIO SUNDICIDADO DE REPRENCEAS ENTRES DEPRENCEAS ENTRES DE CONSORCIO SUNDICIDADO DE REPRENCEAS DE CONSORCIO SE CONSORCIO SE CONSORCIO SUNDICIDADO DE CESSOR DE PROPERTO DE CONSORCIO SUNDICIDADO DE CESSOR DE PROPERTO DE CONSORCIO SUNDICIDADO DE CESSOR DE CONSORCIO DE CONSO
recunidadon y a que se informa sobre las correcciones efectuadas, rainpoco inverara a las centrales de información de la	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconomicas que yo naya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	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. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	significativa. 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. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	patrimonial de tal forma que estas 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 significativa. 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. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	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 significativa. 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. 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. 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.	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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMANUEL 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: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como obute el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERTINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministrada a dichas centrales. 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. 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.	Dirección: 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: 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 concedeme un crédito. 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 crediticas, 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo ados 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.	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 la CLIVICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMERICIAS 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: 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. 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 significativa. 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. 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. 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.	Teléfono(s): \$\gamma_{\g	Dirección: \(\frac{1}{2} \) \(\frac{1} \) \(\frac{1}{2} \) \(\frac{1}{2} \) \(\frac{1}{2} \) \(\	Empresa empleadora: Stetismini Intervistado & Iconología Dirección: 1874932 - 3133583241 Teléfono(s): 1874932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: 18871932 - 3133583241 Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.5 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: 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 concedeme un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones creditidas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mis desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la superenta y luego suministrarla a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativas a mis seditocas o como rotos 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada con consten en menciona antereción suministrada.	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Estado Civil: C3238 9 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 728 8 Fampresa empleadora: 5te panín i 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Estado Civil: Casado Estado Civil: Casado Estado Civil: Casado Estado Civil: Casado Enercisco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Selectorinio: Sele
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	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconomicas que yo naya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.								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: 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. 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 significativa. 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. 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. 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.	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: 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. 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERFIVANCIERA 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. 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. 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.	Dirección: 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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministrarla a dichas centrales. 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. 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.	Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMAUEL 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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubbere, de mis obligaciones crediticas, 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la supererrinavio carrellada y la centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la supererrinada de la centrales de riesgo, con las debidas actualizado, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales de crégio con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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 registoros públicos, bases	Trabajador independiente (profesión u oficio): Trabajador independiente (profesión u oficio): Trelefono(s): Telefono(s): 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: 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. 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 patrimonnal de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizad y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. 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. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus regiamentos la información indicada en los literales B, y E. de esta cláusula. 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.	Dirección: \(\frac{1}{2} \) \(\frac{1} \) \(\frac{1}{2} \) \(\frac{1}{2} \) \(\frac{1}{2} \) \(\	Empresa empleadora: Stetismini Intervited & lecinolyte Dirección: 1814 55 A SAL TITLE - 56 agos 701 Teléfono(s): 1814 932 - 3133583241 Treléfono(s): 1814 932 - 3133583241 Treléfono(s): 1814 932 - 3133583241 Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMANUEL 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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados os sin tratar, tanto sobre el cumplimento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información verza, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como sobre el información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERTINANCIERA o las denás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. C. Consultar a las centrales de información necesario señados en sus reglamentos la información indicada en los literales B, y E. de esta cláusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de credito como otro 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.	Empresa empleadora: Stepanini Thormatica & Tecnologia Dirección: Stepanini Thormatica & Tecnologia Dirección: Stepanini Thormatica & Tecnologia Telefono(s): Tista 932 - 3133533241 Telefono(s): Tista pade de la información que he (mos), suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICIA EMNINACIEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION IMPANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el acceedor del crédito solicitado, para: 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 concedeme un crédito. 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 de riesgo totas, 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 patrimonia de tal forma que éstas presenten una información de la sempreño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la supplicada y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, dasificaria y luego suministraria a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señado en sus reglamentos i información indicada en los l	Estado Civil: CASCADO Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Disección: Selectorio; Selectori	Estado Civil: C2238 S Parentesco o Calidad en la que actúa, si no es el paciente: C2238 S Parentesco o Calidad en la que actúa, si no es el paciente: C2238 S Empresa empleadora: Set Janín Introdución S Empresa empleadora: Set Janín Introdución S Teléfono(s): T87932 - 3123583241 Teléfono(s): T87932 - 31235
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									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: 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. 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes	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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, 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 significativa. 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. 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. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes	Telefono(s): 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: 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. 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 significativa. 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. 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. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes.	Dirección: Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): 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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento ocomo 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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 ciáusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes	Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): 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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados os sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, 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 significativa. 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. 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. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes	Dirección: 1874932 - 3133583241 Treléfono(s): 1874932 - 31335833241 Treléfono(s): 1874932 - 3133583241 Treléfono(s): 1874932 - 313583241 Treléfono(s): 1874932 - 3133583241 Treléfono(s): 1874932 - 3133583241 Treléfono(s): 1874932 - 3133583241 Treléfono(s): 1874932 - 3133583241 Treléfono(s): 1874932 - 313583241 A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como en las centrales de riesgo datos relevant funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. B. y E. de esta ciáusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes.	Empresa empleadora: Stephnini Intervisio & Iconologia Dirección: T874532 - 3433583244 Teléfono(s): T874532 - 3433583244 Teléfono(s): T874532 - 3433583244 Teléfono(s): Tel	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 2006 Empresa empleadora: 55 A SUR TIME 5	Estado Civil: C32300 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Servicio S. Toronogra empleadora: Selejamini Toronogra S. Toronogra S. Toronogra Dirección: Selejamini Toronogra S. To	Estado Civil: Cascado Estado Estado Civil: Cascado Estado Estado Civil: Cascado Estado
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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. 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. 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 los ea, 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 rectificación y a que se información se correcciones efectuadas.	•								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:	Telefono(s): 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:	Dirección: Telefono(s): 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:	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 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:	Teléfono(s): \[\gamma	Dirección: (31)e 55 A 516 TT K-56 300 20) Teléfono(s): T87932 - 3133583241 Dirección: Dirección: Dirección: Dirección: 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:	Empresa empleadora: Stetanini Intervitica & Jecnologia Dirección: 187952 - 3133583241 Teléfono(s): 787952 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio):	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 285e Empresa empleadora: Stefanini Información: Stefanini Información u oficio): Teléfono(s): 7879932 - 3133583241 Telefono(s): 7879932 - 3133583241 Telefono(s): 1879932 - 3133583241 Telefono(s): 1879932 - 3133583241 Dirección: 18797932 - 3133583241 Dirección: 18797932 - 3133583241 Telefono(s): 18797932 - 3133583241 Dirección: 18797932 - 3133583241 Telefono(s): 18797932 - 31335833241 Telefono(s): 187979332 - 31335833241 Telefono(s): 18797932 - 3133583241 Telefono(s): 18797932 - 313	Estado Civil: C3538 2 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 0285e Empresa empleadora: Stefanini Infavinatica & Tecnología Dirección: Stefanini Infavinatica & Tecnología Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio):	Cedula de ciudadanía: 73049_37/ de Roget Estado Civil: C35300 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 73050 8 Tecvnología Empresa empleadora: Stefanini Tonsovinistrado 8 Tecvnología Dirección: 7874932 - 3133583241 Teléfono(s): 7874932 - 3133583241 Telefono(s): 7874932 - 3133583241 Telefono(s): Dirección: Dirección: 1000 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 EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:
 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. 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 significativa. 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. 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. E. Suministrar a las centrales de información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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. 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 información su correctiones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información	·								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	Telefono(s): 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	Dirección: Telefono(s): 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	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 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	Teléfono(s): \[\gamma	Dirección: (*) 55 A 511 TY 55 300 20 Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Dirección: 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	Empresa empleadora: Stetanini Intermitica & Jaconologia Dirección: 187932 - 3133583241 Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): 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	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Dadse Empresa empleadora: Stefanini Torbarinitad & Toconologia Dirección: Stefanini Torbarinitad & Toconologia Dirección: Stefanini Torbarinitad & Toconologia Teléfono(s): Stefanini Torbarinitad & Toconologia Teléfono(s): Stefanini Torbarinitad & Toconologia Trabajador independiente (profesión u oficio): Sircición: Stefanición 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	Estado Civil: C35360 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 02850 Empresa empleadora: Stetanini Intervinitica & Tocopología Dirección: Stetanini Intervinitica & Tocopología Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio):	Estado Civil: C35300 Estado Civil: C35300 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 030500 Empresa empleadora: Stefanini Tofosymitico & Tocyología Dirección: S12932 - 3133583241 Teléfono(s): T82932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Unidependiente (profesión u oficio): Unidependiente
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. 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la super financionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la super financionada, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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 y y E. de esta cláusula. 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. 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 información de el sociones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la contraciones de fectuadas.	 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. 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 significativa. 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. 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. 	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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento 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 significativa. 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.	 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. 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 significativa. 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 	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. 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 significativa.	 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. 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 	del credito solicitado, para: 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. 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	del credito solicitado, para: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno	del crédito solicitado, para: 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.		Telefono(s):	Dirección: Telefono(s):	Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s):	Teléfono(s): 7879932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s):	Dirección: (a) le 55 A 516 77 K-56 20 Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s):	Empresa empleadora: Stetanini Intervistica & Jecnologia Dirección: Calla 55 A sur TM K-56 agos 201 Teléfono(s): T879932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Telefono(s):	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: nabre Empresa empleadora: Stefanini Informatica & Tecnología Dirección: Calle 55 A sus TTIL-56 agos 70 Teléfono(s): T879932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Telefono(s):	Estado Civil: C35360 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 0285e Empresa empleadora: Stefanini Informatica & Tecnología Dirección: 0316 55 A 545 7715-56 300 701 Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Dirección: 156000(s): 15793583241 Telefono(s): 156000(s): 156000	Cedula de ciudadanía: 79.049.371 de Bogets Estado Civil: C353d 2 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: D2dse Empresa empleadora: Stefanini Tnfxymitica & Tecnología Dirección: Calle 55 A 5115 T7 16-56 apo 201 Teléfono(s): 787932 - 3133583241 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Dirección: Dirección
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMANUEL 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: 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. 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 crediticas, 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERTINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrada a dichas centrales. 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. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información de la retaticación y a que se información de las centrales de inf	CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno 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 significativa. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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.	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: 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. 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SupereFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno 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 significativa. 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	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: 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. 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 significativa.	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: 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. 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	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: 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. 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	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: 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno	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: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.			Dirección:	Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección:	Teléfono(s): \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	181932 - 313358° ndependiente (profesión u oficio):	Stetanini Informatica & 1 316 55 A 515 7716-56 30 87932 - 3133583241 ente (profesión u oficio):	1241 September 241	241 S 30	gets palse 271 241 26 20

Nombres

100 Page 2

Promotive

Granosz.

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

C.C.:

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,

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo