0	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
TO STANFEL INDEPENDENT OF STANFEL INDEPENDENT	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

127 PAGARE No.

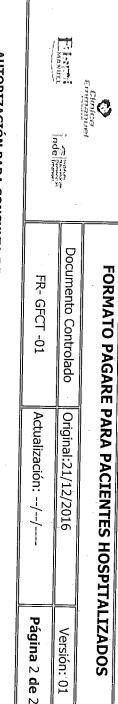
## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

mondo	•
No/nosotros, Jude 41 Court March 11	
John Die de niestras firmas autorizamos a CLINICA EMMNAGEL CONSONCIO 110 CM	
identificado(s) como aparece al pre de licencia de la como aparece al pre de la como aparece al pre de la como	
TINSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMINANOLE MASICIO CONTRACTOR DE DEMENCIAS CONTRACTOR DE CONTR	
llanar los espacios en blanco del pagare distribundo con ca	
HABILITACION INFANILL S.A.S para notice of the control of the cont	
nie en la fecha hemos suscrito a tavor de CLINICA EMPINACE CONSTITUTO DE LA CONSTITUTO DE L	
NO.	
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMINANCEL MOSTICOLO	
HABTI ITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	

- 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 Y 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
  - ingreso con fecha\_\_\_ Intereses de plazo:\_\_ 3 %
- 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.

Nombre del paciente:	ap	Nombre del responsable:	de
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: Securine III Soughe	CC. RV 401 650



ACT A ACT AND POST OF ACT AND			
MARKING INC.	Documento Controlado FR- GFCT -01	Original:21/12/2016	Versión: 01
		, rectanización.	ragina z de
AUTORIZACIÓN PARA CONSU	NSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	A QUIEN
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	uscribir pagare y carta de instrucc	rucciones:	
Cedula de ciudadanía: 52 391	650		
Estado Civil: (1000 / 16)			-
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	no es el paciente: كر ن		
Empresa empleadora:			
Dirección: CZ 984 #15	15A70		
Teléfono(s): 301536 1652	7.		
Trabajador independiente (profesión u oficio):	oficio): WON (COCIST		
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:	os) suministrado es verídica y do y/o al INSTITUTO NACIOLITACION Y HABILITACION IN	ny mi consentimiento de expreso e irrevocable inal DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., VFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acre	revocable a la S.A.S., y/o
A. Consultar, en cualquier tiempo como deudor, mi capacidad de B. Reportar a las centrales de inficomo sobre el incumplimiento patrimonial de tal forma que és desempeño como deudor desp	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para o como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actua desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtigaciones.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.  Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información	mi desempeño ento oportuno de contenido y exacta de mi na información
significativa.  C. Enviar la información mencion  Cilibrativa.	ada a las centrales de riesgo de	significativa.  Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la CIIDEDETINA NOTERA CLASSICATION DE LA COMPANION	ermedio de la
	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	n el fin de que
<ul> <li>D. Conservar, tanto en (la entidad necesario señalado en sus regis</li> </ul>	) como en las centrales de riesgo,	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 on los liberatos per el desenvolventes y durante el periodo	nte el periodo
E. Suministrar a las centrales de in a mis relaciones comerciales, f registros públicos, bases de dat	Selidido en sus reglamentos la información indicada en Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	Sendido en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	os atenuantes Je consten en
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores	ejercer mi derecho a corroborar e y en caso de que no lo sea, a qu as correcciones efectuadas. Tam a, quien consulto mi historia de de	n cualquier tiempo que la información le se deje constancia de mi desacuerd poco liberará a las centrales de infor sempeño crediticio durante los seis mes	suministrada lo, a exigir su mación de la ses anteriores

Nombres

ton(t

Souther

sus alcances y sus įmplicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

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

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,

C.C.:

Firma:

mentioned governor