

PAGARE No. \_\_\_\_\_

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

v/c

identificar

1. 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 el **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y REHABILITACION INFANTIL S.A.S;** del paciente ALDO GISELE VARGAS quien ingreso con fecha \_\_\_\_\_

2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Firma paciente: Luz Herminia Vargas de  
C.C.: 52660068





Nombre del paciente: Luz Herminia Vargas

Firma responsable: Atx

Nombre del responsable: Alison Giselle Vargas

805725401



<div><div><div><div><div><div></div><div>Ministerio de Salud</div></div><div><div><div><div><div><div></div><div>INIEF</div></div><div><div><div><div><div><div></div><div>INIEF</div></div><div><div><div><div><div><div></div><div>INIEF</div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div></div>		<b>FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	
FR – THRL – 04		Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	Página 2 de 2

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:

Nombres: Alison Giselle Vargas

Cedula de ciudadanía: 1013324303

Estado Civil: soltera

Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: hija

Empresa empleadora: x

Dirección: call 10 #14-67 Func 4

Teléfono(s): 3144 3072 35

Trabajador independiente (profesión u oficio): x

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): 314 4 3072 35

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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 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 veraz, 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 informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

Nombres Alison Giselle Vargas

C.C.: 1013324303

Firma: Alison