

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS								
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 ge	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres	
Cedula d	e ciudadanía: 52000951
Estado C	ivil: Casada
Parentes	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HìiC
Empresa	empleadora: Atento S.A
Dirección	TV 60 NO 114 A-55
	(s): 318 406 2520
	or independiente (profesión u oficio):
-	
Dirección	
Telefono	
CLINIC/ REHABI	que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO A EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE LITACION 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
В.	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
Б.	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.
veras, co y a que s	ización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es impleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación de informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.
fines dife compete	zación anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para erentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas ntes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos icos, conclusiones de ellas.
	haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo nces y sus <u>implicaciones.</u>
Nombres	+ Roco Campos of
C.C.:	52010951
	1 2000 Cam 00 S.
Firma:	4 1000

				-1				
			124	95	⇒ ap =		1260	c.c.; <u>220 sc</u>
					- COU UN	o)		Nombre del responsa
						adure	D 0117	Firma responsable:
			:ətnəiɔed ləp	יחווים	alb			C.C.:
			otaoisea lob	oaquio	IN			Firma paciente:
		enta.	ono a tal cu	эсро эр	e dne ze µ9λ9 µ	p oseo uə o	lidad, o por el sald	etot us na ebelaoneo
se ou equeno es	te ya nombrado la	nəiəb i	ebiles el 9b	oguagu	cciones, si al mo	setas instruc	ge genergo con e	pagare sera lienado
lugar a ello. El	ekey ənb əp oses ı	η judicial er	s brejudicial	pranza	destos de les co	a bagar los	(somepildo) opildo	(son) əm omsim isA
			etarias.	ow sə	por las autoridad	ı permitida ı	a a la màxima tasa	7. Intereses de mor
						Mil.		l. Intereses de plaz
								quien ingreso con fe
agos y cuotas	e inmuebles), cop	eu el CON sa wneplea	ución (biene ermanencia	a instit de la p	ocasionados a l do por concepto S EMANUEL S,	cos, danos iaya incurric Semencia	ncion, medicament ás gastos que se h NENTILS.A.S;	I.El valor del capital adscritos a la institi moderadores y dem. y/o al INSTITUTO y/o al INSTICION I
		1			/·	,	1-1-1	instrucciones:
n las siguientes	oo emiorme col	JITNA H	I NOIDATI.	IIBAH	У ИОІЭАТІЛІЯ	о ое кену	ANET TARITION	IAMM3 o\y ,.2.A.2
ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL	ILITACION Y H. IOL DE DEMENCI	DE REHAE	VSTITUTO Con el No TUTITSNI I	UEL II binguida yoga	., y/o EMMAN to del pagare disi CONSORCIO	IVEL S.A.S Sos en blanc EMMNAUE	ok de CLINICA 112 llenar los espaci 112 mencias eman	JO 30 JANOLDAN SI S.A.S JITNA7HI PRI 6 OFFICE SIES A FER
OTUTITZNI IE	S O \ V J J J J J J J J J J J J J J J J J J	CLINICA	ONSORCIO	os a C	masi autorizam	it sertebun	aparece al pie de	identificado(s) como
0/4								Nosotros,
ο/λ								Bogotá,D.C.,γο,
	EN BLANCO	SOIDARS	PARE CON	УК РАС	ES PARA LLENA	касстои	CARTA DE INST	
· ·							TOM 14 41442	
four aguações	as anh /saven							
suscribe hoy	əs ənb 'səuoi:	de instrucc	a carta c	әр		reedor, de		pagaré será llen
9ts3					0/λ	1,0	aduub) a	Firma(s): X CC
								comercio.
undo: que a xima autorizada uestro cargo los JARTO: a partir nás, pagaremos pago a la etapa sestro cargo los iste pagaré será seta S.A.S., y/o strucciones que strucciones que strucciones que strucciones que strucciones que strucciones que	ios a la tasa de má pagare serán de n pagare serán de l' CL de anterioridad o rireglo directo o de nu fi que serán de nu i fuere necesario. E ENCIAS EMANUI fuere necesario. E ENCIAS EMANUI formidad con las informidad con la contractiva cont	el año ses morator cial de este le timbre, si con un año en caso de s rios. SEXTO mi cuenta s mi cuenta s	demos intere lo extra judi li impuesto des, debidos le abogado, e s sus acceso sesus acceso pagarlos por	s pagar judicia Jendien endien ratios c ratios c para p ened c	de sultas y los gasto reaso de cobro caso de cobro len, así como el y IINTO: los hono lor de la obligaciredor facultanda el y/o al INST N Y HABILITAC	gaciones ing ERO: que e a se ocasion udicial, sobi a mora. Q U sobre el va sobre el va sobre el va sobre el va	bagare, el dia ha, sobre las oblig monetarias. TERC por dicha cobranza tasa fijada para hecen en un 20% en este pagaré, que este pagaré que este pagaré, que este pagaré, que este pagaré, que este pagaré que este paga	al tenedor de este le partir de esta fec por las autoridades gastos y costos que de la fecha de la regindicial, se estab impuestos que caus llenado por CONSO en documento a parenta documento doc
soN	2 53-541 on 55 er	An la Carrel	2 (1 ètopol	ah se	dor en sus oficin	פרט פן אכינפפי		obligamos a pagar o
Por			'Spi II	ຊາລຸເເດເເເ	รลูกุตกเกาทุก รุกเ	ייידמתם אחו		intereses de mora: otros gasto
Por			190140		20hebiaotue 2el	aod ebesia		intereses de plaz
Por							.0	capital:
70Y								
_	acreedor, por la	emente el	ıdwıs əzuei	ade u	S.A.C IIINA	JANT NOT	A I HABILIAN	иого в при в
e CONSORCIO ENSTITUTO DE	/\o EMMANUEL I	EL S.A.S.	RO: que son NAMB SA	NENCI	s), declaramos: I S IONAL DE DE I	e)emrif (2611 D AN OTUT I	səun) im əb əiq ls : ITSNI ls o\y J∃U	CFINICA EMMNA qo(s) como aparece
soifitaebi	4 S49	.ои ЭЯАЭ/	o/λ ∕d	Q	HirotT	aga	צום למוצ	Yo/nosofros
∠ əb ⊥ enig	èq	// :uọ	isezileutsA					
ersión: 01	٨	4102/90/6	S :leniginO	FR – THRL – 0 4		nde Senotasi de Senotasi de Senotasi de Senotasi de	Estate	
	l	*		<u> </u>			janteres	nanara

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS