Canagrato Chrica Emmanuel Ascional de Demencias Christian

Pégina 2 da 2

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Entimentuel

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01		
Actualización://	Página 1 de 2		

Yo/nosotros: Sus Marlin	0 0131.10.0 13	OS DISTRUCCION		
do(s) como aparede al hie de mi	ni lectraci firma	doclarames: PDTME	y/o	identif
do(s) como aparece al pie de mi (CLINICA EMMNAUEL y/o al II	NSTITUTO NACTO	ueciaramos: PRIME	(O: que somos deudore	es incondicionales de CONSORC
REHABILITACION Y HABILI	TACTON INFANT	TIL SAS on adol	S EMANUEL S.A.S.,	y/o EMMANUEL INSTITUTO
****	TACION IN AN	IL S.M.S EII duel	ante simplemente el	
capital:		A STATE		Columbiation of the Columbia
intereses de plazo:			66.43	The state of the s
ntereses de mora: a la máxima	autorizada por las	autoridades moneta	rias:	THE STANFA THE
yastus.				
obligamos a pagar dicha suma de	dinero al acreedor	en sus oficinas de Bo	ogotá D.C., en la Carre	ra 22 no 142 62 a an au a-d-
di terieuor de este pagare, el dic		de	del año	SECUNDO: OU
di di de esta lecha, sobre las	obligaciones insulta	as vilos gastos pagare	mos intereses morator	inc a la taca de mávima autoria
or ias autoridades monetarias. I	ERCERU: que en c	aso de copro ilidicial	o extra judicial de ecte	nagaro corán do nuestro en es
datos y costos que poi dicha cobi	idiza se ocasionen.	asi como el valor del	impuesto de timbre ci	hav lugar do ál CHADTO.
ie la recha de la respectiva dell'idi	iua iudiciai, sopre id	os intereses nendient	as dehidos con un año	de antorioridad e más massure
itereses a la maxima tasa mada p	para la mora. OUIN	10: los honorarios de	ahonado en caso de a	prodo directo e de page e la et-
rejudicial, se establecell ell ull z	.0% sobre el valor	de la obligación más	SUS accesoring CEVTO	I que corán de nuestre enve
inpuestos que causen este pagare	t. UUEGAGO ALACTERO	nor taculitando nara n	anarior nor mi quanta a	· 6
cuado hoi colazoreto CTIA	ICA EMMNAUEL I	V/O al INSTITUTO	NACTONAL DE DEM	ENCTAC EMANUEL CAC
LUINIOET THOUTO DE ME	DADILLIACIONY	HABILLIACION IN	IFANTII S A S do con	formidad can be inches
in documento a parte nemos imp	artido para tal efec	to, de conformidad o	on lo dispuesto en el a	rtículo 622, inciso 2 del código
omercio.				
rma(s). Let 7 Whylin	Clarity a	100 10 10 000 000		Consultan, en la saux aux ranco
irma(s): Jeef Mossician	Thereactor de de	mulae 410	025118 1910 BV	<u>9 - 1 - 1000</u> 66
agaré será llenado por el	qualleguoi? de l	conformidad de la	carta de instrucc	tiones, que se suscribe h
	A SPECIFICATION AND	a ah a paintilben sac	opedico sim et 1992	sobre of fraction
CARTA DE I	NSTRUCCIONES I	DADA LI ENAD DAC	seem noosseemini see	
	AND THE COLD HOUSE THE	MICH LLEIVAR PALT	ARE CON ESPACTOS	EN RI ANCO
osotros	nally shall se			
osotros,	mal v sbaib sa	ensing cause out to a many out	mada a las centrales	y/v
enuncado(s) como aparece al pi	e de nuestras firma	antorizamos a CO	NSORCIO CLINICA I	EMMNALIEL WAS SLINSTILLE
ACIONAL DE DEMENCIAS EN	e de nuestras firma MANUEL S.A.S., v	as, autorizamos a CO	NSORCIO CLINICA I	MMNAUEL y/o al INSTITUT
ACIONAL DE DEMENCIAS EN IFANTIL S.A.S para llenar los es	e de nuestras firma MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de	as, autorizamos a CO	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB	EMMNAUEL y/o al INSTITUT ILITACION Y HABILITACIO
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI	e de nuestras firma MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C	as, autorizamos a CO //o EMMANUEL IN el pagare distinguido	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No	EMMNAUEL y/o al INSTITUT ILITACION Y HABILITACIO que en la fec
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT	e de nuestras firma MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C	as, autorizamos a CO //o EMMANUEL IN el pagare distinguido	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No	EMMNAUEL y/o al INSTITUT ILITACION Y HABILITACIO que en la fec
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones:	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL	as, autorizamos a CO y/o EMMANUEL IN el pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S	EMMNAUEL y/o al INSTITUT SILITACION Y HABILITACIO que en la feci IAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguient
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CCA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL Datal que por hospita	as, autorizamos a CO y/o EMMANUEL IN el pagare distinguido CONSORCIO y/o al LITACION Y HABILI	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S	EMMNAUEL y/o al INSTITUT ELLITACION Y HABILITACIO que en la feci IAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguient
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para lienar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL otal que por hospita mentos, daños oca	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pric sionados a la institu	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S Dritaria y hospital día, se ción (bienes muebles	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACIO que en la fecto de la fecto
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los estemos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de ICA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL otal que por hospita mentos, daños oca se haya incurrido p	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pric sionados a la institu	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fectual de
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los esemos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL I	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL Dital que por hospita mentos, daños oca se haya incurrido p DE DEMENCIAS E	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta prie sionados a la institu or concepto de la pe	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la fecto pervicio prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuoto SORCIO CLINICA EMMNAUE TUTO DE REHABILITACION
ACIONAL DE DEMENCIAS EN SENTANTIL S.A.S para lienar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to escritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que lo al INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO INFANTILS.A.	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL Dital que por hospita mentos, daños oca se haya incurrido p DE DEMENCIAS E S; del paciente_	as, autorizamos a CO I/O EMMANUEL IN El pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI Elización, consulta prie sionados a la institu or concepto de la pe	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S Dritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON O EMMANUEL INSTI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ILITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la fecto que en la fecto per la seguient de la company de la compa
ACIONAL DE DEMENCIAS EN IFANTIL S.A.S para lienar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to scritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que o al INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO INFANTILS.A.	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL Dital que por hospita mentos, daños oca se haya incurrido p DE DEMENCIAS E S; del paciente_	as, autorizamos a CO I/O EMMANUEL IN El pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI Elización, consulta prie sionados a la institu or concepto de la pe	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S Dritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON O EMMANUEL INSTI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ILITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la fecto que en la fecto per la seguient de la company de la compa
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NEANTIL S.A.S para lienar los estemos suscrito a favor de CLINI (A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que lo al INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO INFANTILS.A. lien ingreso con fecha Intereses de plazo:	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL otal que por hospita mentos, daños oca se haya incurrido p DE DEMENCIAS E S; del paciente	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pric sionados a la institu por concepto de la pe	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S Dritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON O EMMANUEL INSTI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la siguiente de la conforme con las siguiente de la conforme con la conforme c
IACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI .A.S., y/o EMMANUEL INSTIT istrucciones: .El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar inderadores y demás gastos que /o al INSTITUTO NACIONAL I ABILITACION INFANTILS.A. uien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL C UTO DE REHABIL Datal que por hospita mentos, daños oca se haya incurrido p DE DEMENCIAS E S; del paciente_ tasa permitida por	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pric sionados a la institu por concepto de la per EMANUEL S.A.S., y/	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, so ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto de la fecto
IACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI .A.S., y/o EMMANUEL INSTIT istrucciones: El valor del capital será la suma todoscritos a la institución, medicar loderadores y demás gastos que /o al INSTITUTO NACIONAL IABILITACION INFANTILS.A. Lien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima sí mismo me (nos) obligo (obligan	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CCA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DE LA QUE por hospitamentos, daños ocase haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gas p	as, autorizamos a CO // O EMMANUEL IN el pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pricisionados a la institu or concepto de la per EMANUEL S.A.S., y/	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, si ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto de la fecto de inmuebles), copagos y cuoto sorcio clinica emmnaue en la fecto de inmuebles), copagos y cuoto sorcio clinica emmnaue TUTO DE REHABILITACION
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los esemos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que vo al INSTITUTO NACIONAL I ABILITACION INFANTILS.A. Lien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima si mismo me (nos) obligo (obligan agare será llenado de acuerdo co	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DITAI que por hospitamentos, daños oca se haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gason estas instruccior	as, autorizamos a CO // O EMMANUEL IN el pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta prisionados a la institu for concepto de la per EMANUEL S.A.S., y/	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, si ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI etarias. prejudicial y judicial en le la salida del pacient	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto de la fecto de inmuebles), copagos y cuoto sorcio clinica emmnaue en la fecto de inmuebles), copagos y cuoto sorcio clinica emmnaue TUTO DE REHABILITACION
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que /o al INSTITUTO NACIONAL I ABILITACION INFANTILS.A. Lien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima si mismo me (nos) obligo (obligan agare será llenado de acuerdo con la comunicación de acuerdo con gare será llenado de acuerdo con la comunicación de la comunicación de acuerdo con la comunicación de acuerdo con la comunicación de la comunicación d	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DITAI que por hospitamentos, daños oca se haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gason estas instruccior	as, autorizamos a CO // O EMMANUEL IN el pagare distinguido CONSORCIO y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta prisionados a la institu for concepto de la per EMANUEL S.A.S., y/	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, si ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI etarias. prejudicial y judicial en le la salida del pacient	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fectual de
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los esemos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que vo al INSTITUTO NACIONAL I ABILITACION INFANTILS.A. lien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima di mismo me (nos) obligo (obligan gare será llenado de acuerdo concelada en su totalidad, o por el	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DITAI que por hospitamentos, daños oca se haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gason estas instruccior	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta priesionados a la institu or concepto de la per EMANUEL S.A.S., y/ las autoridades mone stos de las cobranzas nes, si al momento de ue se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI etarias. prejudicial y judicial en le la salida del pacient ino a tal cuenta.	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la siguiente en la fecto de la siguiente en la siguiente en la siguiente en la siguiente en la fecto de
ACIONAL DE DEMENCIAS EN FANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to descritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que vo al INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO INFANTILS.A. lien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima i mismo me (nos) obligo (obligan gare será llenado de acuerdo concelada en su totalidad, o por el ma paciente:	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CCA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DITAI que por hospitamentos, daños oca se haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gason estas instruccior saldo en caso de que	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pric sionados a la institu por concepto de la per el MANUEL S.A.S., y/ las autoridades mone stos de las cobranzas nes, si al momento de ue se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, si ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI etarias. prejudicial y judicial en le la salida del pacient	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la siguiente en la fecto de la siguiente en la siguiente en la siguiente en la siguiente en la fecto de
ACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI A.S., y/o EMMANUEL INSTIT strucciones: El valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar oderadores y demás gastos que v/o al INSTITUTO NACIONAL I ABILITACION INFANTILS.A. Lien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima si mismo me (nos) obligo (obligan agare será llenado de acuerdo concelada en su totalidad, o por el ma paciente:	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CCA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DITAI que por hospitamentos, daños oca se haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gason estas instruccior saldo en caso de que	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta priesionados a la institu or concepto de la per EMANUEL S.A.S., y/ las autoridades mone stos de las cobranzas nes, si al momento de ue se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI etarias. prejudicial y judicial en le la salida del pacient ino a tal cuenta.	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la siguiente en la fecto de la siguiente en la siguiente en la siguiente en la siguiente en la fecto de
IACIONAL DE DEMENCIAS EN NFANTIL S.A.S para llenar los es emos suscrito a favor de CLINI (A.S., y/o EMMANUEL INSTIT estrucciones: LEI valor del capital será la suma to discritos a la institución, medicar noderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO NACIONAL INSTITUTO INFANTILS.A. uien ingreso con fecha Intereses de plazo:	MANUEL S.A.S., y spacios en blanco de CCA EMMNAUEL CUTO DE REHABIL DITAI que por hospitamentos, daños oca se haya incurrido por DE DEMENCIAS ES; del paciente tasa permitida por nos) a pagar los gason estas instruccior saldo en caso de que	as, autorizamos a CO r/o EMMANUEL IN el pagare distinguido consorcio y/o al ITACION Y HABILI alización, consulta pric sionados a la institu por concepto de la per el MANUEL S.A.S., y/ las autoridades mone stos de las cobranzas nes, si al momento de ue se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA I STITUTO DE REHAB con el No. INSTITUTO NACION ITACION INFANTIL S pritaria y hospital día, se ción (bienes muebles rmanencia en el CON o EMMANUEL INSTI etarias. prejudicial y judicial en le la salida del pacient ino a tal cuenta.	EMMNAUEL y/o al INSTITUTE ELITACION Y HABILITACION que en la fecto que en la fecto que en la siguiente en la fecto de la siguiente en la siguiente en la siguiente en la siguiente en la fecto de



Página 1 de 2

sus alcances y sus implicaciones.

C.C.: Firma:

O ASTLATIVA 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

670 GOZMAN ak salanginingga sawatan ang sa sa sa SESESE sama	Omosomos susuada strita da rai frutarras firmatik danar
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	LINICA EMMNAUEL Y/o at INSTITUTO NACIONAL
Nombres: Juj Harley Gayon Grande	KEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL
Cedula de ciudadanía; Zo 750 705 Venocias	stadioto
Estado Civil: Hadre Soltero	ntereses de plazo:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Tra de pond</u>	l'entem abandous amount a s'atom et 2020 en
Empresa empleadora:	acos bilidamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en
Dirección: produtadas on los los	il tenedor de este pagare, el día
Teléfono(s): Jus smíxim ab sest al a salvission (Assam) commit but autino a	arth de esta fecha, sobre las obligaciones insulas y u
Trabajador independiente (profesión u oficio):	oor laa autonde dea moroumea. Tea uumee kilosee een aar aatos v costos que por dicha cohranza ar ee eenvag aare
Dirección: nanca Para o habito de la	le la facha de la respectiva duraznos sudicial, senie nos nu
Telefono(s): 216 0060 80 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	ittereses a la maxima dasa igada para se mara distributa de
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi conser CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el femanda de la información, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concere. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, con deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para contra la información mencionada a las centrales de riesgo de mana superior superior de jercen fun puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas o de la conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los en el suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	futuro el acreedor del crédito solicitado, para: rmación relevante para conocer mi desempeño como ederme un crédito. In tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como ede mis deberes legales de contenido patrimonial de impleta actualizada y exacta de mi desempeño como ara obtener una información significativa. Imanera directa y, también, por intermedio de la iciones de vigilancia y control, con el fin de que estas sentrales. In tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como de de mis deberes legales de contenido patrimonial de maleta actualizada y exacta de mi desempeño como ara obtener una información significativa. In tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como de mis deberes legales de contenido patrimonial de mis deberes l
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en c veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje o y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las cer cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante la	constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación ntrales de información de la obligación de indicarme
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segur competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, matemáticos, conclusiones de ellas.	ndo, a verificar por parte de las autoridades públicas , a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla co	omprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo