

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS						
FR – THRL – 04	Original: 29/06/	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: VILLANA COPELO
Cedula de ciudadanía: 40326009
Estado Civil: Onion libre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: MINISTERIO DE HOCCIENOS
Dirección: Cra 876-18
Teléfono(s): 3120000 QX1 · 3389
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 al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 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.
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 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 Villana Ogreg Kbelaet
c.c.: 46326079 //
Firma:

Corning on Entitled Entitled National de Demencial Annual Demencial Demencia

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Yo/nosotros: VI)lana	Gorcia	Abelcon	y/o	PAGARE No.	1699 B	identi	ifica
do(s) como apa	rece al pie de		s) firma(s), declara	amos: PRIME	RO: que somos		 icondicionales	de
			INSTITUTO NACIO ITACION INFANT					
de:					•	ĸ		
Por capital: Por intereses de								Por
		autorizada poi	r las autoridades m	onetarias:				Por
	tos:							Nos
			edor en sus oficinas					
			de					
autorizada por la nuestro cargo los él. CUARTO: a anterioridad o má arreglo directo o SEXTO: que será cuenta si fuere n DE DEMENCIAS S.A.S de conform dispuesto en el ar Firma(s):	s autoridades m gastos y costos partir de la fech is, pagaremos in de pago a la ei n de nuestro ca ecesario. Este po E EMANUEL S., nidad con las ins tículo 622, inciso	nonetarias. TEI que por dicha na de la respe na de la respe na prejudicia rgo los impues agaré será ller A.S., y/o EM strucciones que o 2 del código o	y/o _	aso de cobro ju onen, así como licial, sobre los ara la mora. Q n un 20% sobi e pagaré, qued CIO CLINICA UTO DE REH, parte hemos ir	udicial o extra ju el valor del impu s intereses pendi guinto: los hon- re el valor de la lado al acreedor l EMMNAUEL y/ ABILITACION \ mpartido para tal	dicial de este Jesto de timbro entes, debido orarios de abo obligación má facultando par o al INSTIT y HABILITAC efecto, de co	pagare serár e, si hay lugai s con un año gado, en caso is sus accesoi a pagarlos poi UTO NACION CION INFAN informidad co	n de r de o de rios. r mi NAL TIL n lo
pagaré será lle	enado por el	acreedor,	de conformidad	de la carta	de instruccio	nes, que se	suscribe	
	CARTA DE T	NCTOLICCIO						
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,				<u> </u>	N ESPACIOS EN		•	//o
identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S fecha hemos sus EMANUEL S.A.S las siguientes inst 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderado	mo aparece al pi DEMENCIAS E para llenar los crito a favor de , y/o EMMAN rucciones: ital será la sum a la institución res y demás ga o al INSTITU	ie de nuestras MANUEL S.A espacios en te CLINICA I UEL INSTITU na total que po , medicamento		s a CONSORO JEL INSTITUT distinguido con SORCIO y/o (TACION Y Ha consulta priori dos a la institu concepto de la	CIO CLINICA EN CO DE REHABII el No. al INSTITUTO ABILITACION I ditaria y hospital dución (bienes mua permanencia el S.A.S., y/o I	IMNAUEL y/o LITACION Y NACIONAL I NFANTIL S.A día, servicios ebles e inmue n el CONSO	p al INSTITU HABILITACI que en DE DEMENCI A.S conforme prestados por ebles), copago DRCIO CLINI INSTITUTO	JTO ION I la IAS con los os y ICA
identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S fecha hemos sus EMANUEL S.A.S las siguientes inst 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderado EMMNAUEL y/G REHABILITACIO	mo aparece al pi DEMENCIAS E i para llenar los crito a favor de ., y/o EMMAN rucciones: ital será la sum a la institución res y demás ga o al INSTITU	ie de nuestras MANUEL S.A espacios en te CLINICA I UEL INSTITU na total que po , medicamento	firmas, autorizamo: .S., y/o EMMANU olanco del pagare o EMMNAUEL CONS ITO DE REHABILI or hospitalización, os, daños ocasiona: naya incurrido por AL DE DEMENCI.	s a CONSORO JEL INSTITUT distinguido con SORCIO y/o (TACION Y Ha consulta priori dos a la institu concepto de la	cIO CLINICA EN TO DE REHABII el No. al INSTITUTO ABILITACION I ditaria y hospital dución (bienes mu a permanencia e S.A.S., y/o I	IMNAUEL y/o LITACION Y NACIONAL I NFANTIL S.A día, servicios e ebles e inmue n el CONSO EMMANUEL ITILS.A.S;	p al INSTITU HABILITACI que e DE DEMENC A.S conforme prestados por ebles), copago DRCIO CLINI INSTITUTO	JTO ION n la IAS con los os y ICA DE del
identificado(s) cor NACIONAL DE INFANTIL S.A.S fecha hemos sus EMANUEL S.A.S las siguientes inst 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderado EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de p 2. Intereses de n Así mismo me (no El pagare será lle cancelada en su to	mo aparece al pi DEMENCIAS E s para llenar los crito a favor de ., y/o EMMAN rucciones: bital será la sum s a la institución res y demás ga o al INSTITU ON lazo: nora a la máxima os) obligo (obliga nado de acuerdo otalidad, o por el paciente:	ie de nuestras MANUEL S.A espacios en le CLINICA I UEL INSTITU na total que po n, medicament estos que se l TO NACION/ Y a tasa permitid amos) a pagar o con estas ins l saldo en caso	firmas, autorizamo: .S., y/o EMMANU olanco del pagare o EMMNAUEL CONS ITO DE REHABILI or hospitalización, os, daños ocasiona: naya incurrido por AL DE DEMENCI.	s a CONSORO JEL INSTITUT distinguido con SORCIO y/o CTACION Y HA consulta priori dos a la institu concepto de la AS EMANUEL ACION es monetarias. obranzas prejuc comento de la s cho abono a ta	cIO CLINICA EM TO DE REHABII el No. al INSTITUTO ABILITACION I itaria y hospital d ución (bienes mu a permanencia e S.A.S., y/o I INFAN quien dicial y judicial er alida del paciente	IMNAUEL y/O ITACION Y NACIONAL I NFANTIL S.A día, servicios ebles e inmue n el CONSO EMMANUEL ITILS.A.S; ingreso	p al INSTITU HABILITACI que el DE DEMENC: A.S conforme prestados por ebles), copago DRCIO CLIN: INSTITUTO con fe	JTO ION IN IAS CON IOS IOS ICA DE del decha ello. De es