

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

Yo/nosotros: A prie/o Entres	Belfra is	PAGAR		<i>J</i>
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s) declaramos DDTMI	EDOL GUO COMOS de	audores incondicionales d	identifica
A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	1 IN AL I I I I I I I I I I I I I I I I I I	TAC CRAARIES C	A C	Principle of the second
REHABILITACION Y HABILITACION INF	ANTIL S.A.S en ad	elante simplemen	te el acreedor, por la	a cantidad de:
and the L			2	Por
				Por
intereses de plazo:	lac autoridados monel			Por
otros gastos:	ias autoridades monet	arias:		Por
otros gastos: obligamos a pagar dicha suma de dinero al acree	dor en sus oficinas de	Boootá D.C. en la	Carrera 22 no. 142.62 d	Nos
ar corrector de este pagare, el día	ue	delan	O CEO	IIIIDO. aug a
Dartir de esta recha, sobre las obligaciones ins	Sultas vilos dastos nada	iremos intereses m	aratarias a la tasa da má	edwar action
- Por ido dacoridades monetarias. I ENCERO: (IIIE E	IL CASO DE CONTO ILIDICI:	al a avtra judicial d	a acta manana anusca de	Annual Committee of the
aggress & costos dae boi dicha copianza se ocasion	ien, asi como el vaior d	el impuesto de timi	ard of have lugar do Al Co	IADTO
de la recha de la respectiva del latida judicial, sobi	re los intereses nendier	ites dehidos con u	n año de anterioridad o n	nác nagaramas
intereses a la maxima tasa mada para la mora. Ot	IINTO: los honorarios <i>o</i>	de aboqado, en cac	n de arreala diracta a da	nada a la ataua
projudicial, se establecell ell ull 20% sopre el va	ior de la obligación má	IS SUS accesoring I	SEVTOL QUA carán da no	inchus amuss Iss
impuestos que causen este pagaré, quedado al acillenado por CONSORCIO CLINICA EMMINALIA	reedor racultando para	pagarlos por mi cu	enta si fuere necesario. E	ste pagaré será
llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUE EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO en documento a parte homos importidado	M A MADLI LLYCLOSI : Er à\o si tuzitioi	O NACIONAL DE	DEMENCIAS EMANU	EL S.A.S., y/o
en documento a parte hemos impartido para tal e	efecto, de conformidad	COD lo dispuesto s	le conformidad con las in	strucciones que
comercio.	siccio, de comormidad	con lo dispuesto e	en en articulo 622, Inciso	2 del codigo de
Firma(s): Apuela Cortes 3				
	y/o			Este
pagaré será llenado por el acreedor, de	e conformidad de	la carta de ir	strucciones, que se	suscribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONI	ES PARA LI ENAD DA			
CARTA DE INSTRUCCIONI	man i vii () i minimi e e e e e e	GARE CON ESPA	CIOS EN BLANCO	
Bogotá, D.C., yo,		GARE CON ESPA	CIOS EN BLANCO	y/o
Bogotá, D.C., yo, Nosotros,				y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras fi	rmas, autorizamos a C	ONSODETO CLTA	ericinae e	
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras fi JACIONAL DE DEMENCIAS FMANIFI SAS	rmas, autorizamos a C	ONSORCIO CLIN	IICA EMMNAUEL y/o a	I INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras fi ### JACIONAL DE DEMENCIAS FMANIFI SA S	rmas, autorizamos a C	ONSORCIO CLIN	IICA EMMNAUEL y/o a	I INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I o del pagare distinguid	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No	IICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y HA	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I o del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No II INSTITUTO NA LITACION INFAR	IICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y HA CIONAL DE DEMENCI	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C L, y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No NI INSTITUTO NA LITACION INFAN	CIONAL DE DEMENCI	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C , y/o EMMANUEL I o del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No. I INSTITUTO NA LITACION INFAR rioritaria y hospital	CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la insti do por concepto de la p	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R to con el No	CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados pebles e inmuebles), con	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la insti do por concepto de la p	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R to con el No	CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados pebles e inmuebles), con	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas
Bogotá, D.C., yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I o del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la instito to por concepto de la p S EMANUEL S.A.S.,) te	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R to con el No	CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados pebles e inmuebles), con	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I o del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la instii do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S.,) te	CONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/o CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme condía, servicios prestados pebles e inmuebles), copebles e inmuebles), copeconsorcio clinic/instituto de rehab	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C i., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid iL CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la instita do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S.,) te	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No. I INSTITUTO NA LITACION INFAN rioritaria y hospital tución (bienes mu permanencia en el v/o EMMANUEL 1	CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados pebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA ENSTITUTO DE REHAB	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te cor las autoridades mon	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No ol INSTITUTO NA LITACION INFAN rioritaria y hospital tución (bienes mu permanencia en el pr/o EMMANUEL I	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/O CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cordía, servicios prestados pebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA INSTITUTO DE REHAB	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid iL CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te por las autoridades mon gastos de las cobranza ciones, si al momento	CONSORCIO CLININSTITUTO DE R o con el No	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/O CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cordía, servicios prestados pebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA INSTITUTO DE REHAB	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá, D.C., yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid iL CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te por las autoridades mon gastos de las cobranza ciones, si al momento	CONSORCIO CLININSTITUTO DE R o con el No	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/O CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cordía, servicios prestados pebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA INSTITUTO DE REHAB	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te poor las autoridades mon gastos de las cobranza ciones, si al momento e que se haya hecho al	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No INSTITUTO NA LITACION INFAN rioritaria y hospital tución (bienes mu permanencia en el n/o EMMANUEL I metarias. as prejudicial y judi de la salida del p cono a tal cuenta.	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/O ENTRE CONSUMENTAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme condía, servicios prestados pebles e inmuebles), copebles e inmuebles), copebles e inmuebles (CONSORCIO CLINICA ENSTITUTO DE REHABILITATION	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No I INSTITUTO NA LITACION INFAN rioritaria y hospital tución (bienes mu permanencia en el r/o EMMANUEL I netarias. as prejudicial y judi de la salida del p cono a tal cuenta. del paciente:	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/ ICIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados p ebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA INSTITUTO DE REHAB cial en caso de que haya vaciente ya nombrado la	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No	CIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados pebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA INSTITUTO DE REHAB cial en caso de que haya paciente ya nombrado la	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos pagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y lugar a ello. El cuenta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras fi IACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanchemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUE S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHA instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hos adscritos a la institución, medicamentos, daños moderadores y demás gastos que se haya incurrio y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA HABILITACION INFANTILS.A.S; del pacien quien ingreso con fecha 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida p Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los pagare será llenado de acuerdo con estas instruc cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de Firma paciente:	rmas, autorizamos a C ., y/o EMMANUEL I to del pagare distinguid L CONSORCIO y/o a BILITACION Y HABI spitalización, consulta p ocasionados a la institi do por concepto de la p S EMANUEL S.A.S., y te	ONSORCIO CLIN NSTITUTO DE R o con el No o INSTITUTO NA LITACION INFAN rioritaria y hospital tución (bienes mu permanencia en el o EMMANUEL I metarias. as prejudicial y judi de la salida del p cono a tal cuenta. del paciente:	ICA EMMNAUEL y/o a EHABILITACION Y H/ ICIONAL DE DEMENCI ITIL S.A.S conforme cor día, servicios prestados p ebles e inmuebles), cop CONSORCIO CLINICA INSTITUTO DE REHAB cial en caso de que haya vaciente ya nombrado la	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y

Versión: 01	E PARA PACIENTES HOSPITAL Original: 29/06/2017		Schuld Schuld County of the second schuld second shows a short of the second short of the second sec
∠ əb ∠ enip å¶	Actualización:/	₽0 – ТЯНТ – Я 1	Nucrei SDU

educion de dudéania: Consultation Consultation		ma: Harrela Borlos V3
intercal children and the actual control of		
enclaide de cludedania: Colida de Churcia Contracto Contrac		
edula de cuudadania: Particular p		
ediale cludedania: Confession undiales pacentes: Confession de expreso e interocable a la consentiniera de cudedania: Confession undiales confessions: Confessions: Confession undiales confessions: Conf	מדסנו אסו ומ רחמו בוותבוומ	is alcances y sustinglicaciones.
ediaco (1911) A. Consultat, et información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e intevocable a al CONSORC) B. Reporta: et acualquer itempo, en las centrales de riesgo toda en maches et contecidor después de incumplimiento, se intubiens, de mis obilisacion es en la desempeño con la centrales de riesgo con la claridad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar e las centrales de información relevante para concerni de deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar e las centrales de información relevante para concerni de deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar e las centrales de información relevante para concerni de deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar e las centrales de información relevante para concerni desempeño con mis obilidados es ministrante a las centrales de riesgo futuro de concederme un crédito. C. Enviar la Información unevant. Las. 5 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para concerni in capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar e las centrales de información relevante para concerni desempeño con deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro el concederme un crédito. C. Enviar la Información unevantos públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el mis centrales de riesgo, com para devidado para concernido de riesgo delos pratos con las centrales de riesgo, de manera directa y, hambien, por intermedio de sea, competa, execta y tembrales, castidadores connectados públicas. E. Buministar a las centrales de información indicada en los centrales de riesgo, de conformación de misconidos de mi desempeño con las centrales de riesgo, de manera directa y, hambien, por intermedio de sea, competa, execta y tembrales, castidado en concernido de la formación de r	odojtao jeno ej sod uýze.	sclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberta comprepidido a cabalidad.
edula de conceinente (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e intevocable a al Consoncia de concederario in capacida. Si no es el paciente: Consolidade en la que addia, si no es el paciente: Configura de concederario Configura de Concederario Configura de Concederario Configura de Concederario C	יבנוגמול ווובחומוונב וווחחבו	atemáticos, conclusiones de ellas.
edulo de ciudedania: Tirectóri: Telefono(s): Trinica EMMANDEL V/O al INSTITUTO MACIONAL DE BENEROCIAS ENFANDEL S.A.S., y/o EMMANDEL LINCITATO INCOMESCA en la creditio de procesario señaldo de pago o para validade publicas de incumplimiento, en calquier tiempo, en la centralese de información de expreso e incumplimento, en calquier tiempo, en la centralese de información de expreso e incumplimiento, en calquier tiempo, en la scentralese de información de expreso e incumplimiento, en calquier tiempo, en la scentralese de información escario señalda de pago o para valorar el esgo toda la información referente la credito solicitado, para: A. Consultar, en calaquier tiempo, en las centralese de riesgo toda la información referente la credito solicitado, para: A. Consultar, en calaquier tiempo, en las centralese de riesgo toda la información referente la credito solicitado, para: A. Consultar, en calaquier tiempo, en las centralese de riesgo toda la información referente la credito solicitado, para: B. Reportar a las centralese de información er ensego debas, pertones creditidos y contros de conceterme un crédito. C. Enviar is información en las centraleses de riesgo toda la información referente gara conocer mi desempeño con esta contro de concederme un crédito. B. Reportar a las centralese de información refereso de las controlación referente la sindemación para de esta presente un información referente la sindemación referente de credito completa desempeño con contro señaldos de pago o para valora de de credito solicitado, para: C. Enviar is información mencionada a las centraleses de riesgo con misto abbrese la credito concer mi desempeño con pueder tratales, a información referente de misto biblicas o el misto debrese legalese de credito concer mi desempeño con puede el información referente pago, con las centraleses actualistado, y en caradora en la credito con el fin de que esta subortación de referente de credito como otros sentententes de misto debrese de derade en la facencia de credito con el fin	oilding sebebitotue sel e	ies airerentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte d
edula de diudédania:		
edula de ciudedania: A A A A A A A A A	do, a exigir su rectificació a oblicación de indicarme	eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuero a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de l
edula de ciudedania: A A A A A A A A A		bnailcos, asses de datos publicas o documentos publicos.
edula de ciudadania: State Consilia de ni a que actúa, si no es el paciente: Sinección:	due consten en registr	mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado c
edula de ciudedania: Calle Caute Cau	como otros atenuantes	 E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito
edula de ciudedania: Calles de la paciente: Calpentes de condedania: Calpentes de ciudedania: Calpentes celaria: Calpentes celaria: Calpentes de ciudedania: Calpentes celaria: Calpentes c	álisula Ones y durante el perior	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. v.E. de esta de
eduls de ciudadania: State Civil: State Ci	, and produced the second	D. Conservat, tanto en (la entidad) como en las centrales de riescro, con las dobidas actualizaciones.
edula de ciudadania: Sedono(s): Colución: Consultar, en cualdiale de la paciente (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSOCO): Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información de la finormación de emplesa de la formación de emplesa de la formación de moso para valorar el riesgo todas la información de moso para valorar el riesgo todas la información de moso para valorar el riesgo toda la información de expreso e irrevocable a al CONSORC. A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño cor deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo toda la información de riesgo todas la información de miscance en riesgo todas la información de miscance el concederme un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo tados, traitados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis obligaciones crediticias, o de mis obligaciones crediticias, o de mis debenes legales de conferido partimonial para formación de miscance contender a calculativa y exacta de mi desempeño cor deudor después de haber crusado y procesado diversos datos útiles para obteres legales de conferido partimonial deudor después de haber crusado y procesado diversos datos útiles para obtere una información significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por infermedio de la contra de contra contra información riestratos de mi desempeño con contra información miscante a la contra información por infermedio de la riesgo de misca directa y, también, por infermedio de la riesgo de misca de riesgo de misca obtere in información riestrator de miscambiento de miscambiento de la riesgo de miscambiento d	rol, con el fin de que est	SUPERFIMANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y cont
eduls de ciudadania: Califación de actúa, sí no es el paciente: Califación: Califación u oficio): Transcación: Califación de la formación que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCI ELINICA EMMUBLIEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO I Bedaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCI LINICA EMMUBUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO I ELEMBILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño cor 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 ain tratar, tanto sobre el cumplimiento, se hubiere, de mis obbigaciones creditidas, o de mis obbres legales de contenido patrimonial sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obbres legales de contenido patrimonial sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obbres o o de mis obbres legales de contenido patrimonial sal forma que éstas presenten una información recreditidas, o de mis obbres legales de contenido patrimonial sal forma que éstas presenten una información de response creditidas, o de mis obbres legales de contenido patrimonial sal forma que éstas presenten una información de riesgo datos, tratados y actual desempeño con contenido patrimonial desempeño con contenido patrimonial de pago da misor de contenido patrimonial desempeño con contenido patrimonial de contenido patrimonial de contenido patrimones.	én, por intermedio de	C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambié
edula de ciudadania: Salva Civil Salva Civ	a ue ini desempeno con ón sianificativa.	deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una informaci
ombress: Appure la ciudadania: La la	e contenido patrimonial o	sobre et meumphimiento, se nublere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales dr.
edula de ciudadanía: Cartes 12 (1901) stado Civil: Called en la que actúa, si no es el paciente: Calpe en secionación: Called en la que actúa, si no es el paciente: Calpe en secionación: Called en la que actúa, si no es el paciente: Calpe en secionación consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCI rabajador independiente (profesión u oficio): edaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCI elefono(s): edaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCI elefono(s): EHBBILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acredetor del crédito solicitado, para: Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño con deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.	mplimento oportuno con	B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cu
ombres: Appure of the confidence of the confiden		deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
edula de ciudadanía: Control de C	noo oñaamasab im 1900r	A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para co
ombres: Aguela Earles 13elfran edula de ciudadania: 4175 8 2 arentesco o calidad en la que actúa, sí no es el paciente: 60/pens conscors 60/lc 16 4 19-18 1/h 11 60/pens conscors 60/lc 1/h 11 60/lc 1/h 1	1 OTHITTT2NI J3UNAN	elefono(s):
ombres: Aguela Carles 13ellran edula de ciudadanía: Al 2121212 12 stado Civil: Salle de actúa, si no es el paciente: Agua a mpresa empleadora: Pensionada - Calpensione S irección: Calle 16 H 19-18 int. 11. Casa 14 seléfono(s): 3 i 1 2 1 3 4 7 0 2		
ombres: Aguela Earles 13elfran edula de ciudadanía: 4171318 stado Civil: 50/619 arentesco o calidad en la que actúa, sí no es el paciente: 60/0 en scoco compresa empleadora: 60/10 (61/6		
ombres: Actual a Collection Colle	*	
ombres: Actual and la due actúa, sí no es el paciente:	****	
ombres: Agus ela Bortes 13 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		
edula de ciudadanía: 412/22/2010 - 20/1/20		arentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
ombres: Denela Borles 13 ellran		Stado Civil: Soller 9
		jedula de ciudédanía: 2/5/2/2 sinabalia e ciudédanía:
natos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	management of the construction of the construc	pupies: Parista Bartes 136/1000.
		Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
	ARA QUIEN SUSCRIBA	AUTORIZACION PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA		