Experience Experience Experience Experience Applications of the control of the

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión	· 1
Original. 25/00/2017	V CI 31011	. 01
Actualización://		************************
Actualización,//	Página 1	de 2

PAGARE No. 690 F

10/11050ti US. UICHO	la Gobriela Son	lamon ca Majico	7 y/o	id	entifica
do(s) como aparece al p	oie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRÍMER	O: que somos deud	ores incondicionales de CONS	ORCIO
CLINICA EMMNAUEL	y/o al INSTITUTO NA	CIONAL DE DEMENCIA	S EMANUEL S.A.S	., y/o EMMANUEL INSTITU	ITO DE
KEHABILITACION Y	HABILITACION INF			el acreedor, por la cantid	
capital:					Por
intereses de plazo:					
intereses de mora: a la	a máxima autorizada por	las autoridades monetai	rias:		Por
otros gastos:	The state of the s	ino macorradaco momento	10001		Nos
obligamos a pagar dich	a suma de dinero al acree	edor en sus oficinas de Bo	ogotá D.C., en la Ca	rrera 22 no. 142-63, o en su c	rden. o
al tenedor de este paga	are, el día	de	del año	SEGUNDO	que a
partir de esta fecha.	sobre las obligaciones in	sultas y los dastos nadar	emos intereses mora	torios a la tasa de máxima au	orizada
por las autoridades mor	netarias. TERCERO: que o	en caso de cobro judicial.	o extra judicial de e	ste pagare serán de nuestro c	argo los
				, si hay lugar de él. CUARTO:	
				iño de anterioridad o más, pag	
				le arreglo directo o de pago a l	
prejudicial, se establece	en en un 20% sobre el va	alor de la obligación más	sus accesorios. SEX	KTO: que serán de nuestro ca	argo los
				a si fuere necesario. Este paga	
llenado por CONSORC	CIO CLINICA EMMNAU	EL y/o al INSTITUTO	NACIONAL DE D	EMENCIAS EMANUEL S.A.:	S., y/o
				conformidad con las instruccio	
	hemos impartido para tal	efecto, de conformidad o	con lo dispuesto <mark>e</mark> n i	el <mark>artículo 622, inci</mark> so 2 del có	digo de
comercio.	+				
Firma(s): 4- S-	<u>. 41 </u>	v/o			Este
pagaré será llenado	por el acreedor, d	le conformidad de la	a carta de i nst i	ucciones, que se suscrib	e hoy
CA	RTA DE INSTRUCCION	IES PARA LLENAR PAG	ARE CON ESPACIO	OS EN BLANCO	
Rogotá D.C. vo					
Bogotá, D.C., yo,					y/o
Nosotros,			DNSODCIO CLINIC	SA EMMNALIEL V/O al TNST	
Nosotros,identificado(s) como ap	arece al pie de nuestras i	firmas, autorizamos a CC	ONSORCIO CLINIC	CA EMMNAUEL y/o al INST	ITUTO
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME	arece al pie de nuestras (NCIAS EMANUEL S.A.)	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN	ISTITUTO DE REI	ABILITACION Y HABILIT	ITUTO ACION
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l	arece al pie de nuestras (NCIAS EMANUEL S.A.: llenar los espacios en blan	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido	ISTITUTO DE REI con el No	HABILITACION Y HABILIT	ITUTO ACION a fecha
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l hemos suscrito a favor	arece al pie de nuestras l' ENCIAS EMANUEL S.A.: llenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o a	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NAC	ABILITACION Y HABILIT	ITUTO ACION a fecha ANUEL
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones:	arece al pie de nuestras de CLINICA EMANUEL S.A.: llenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHA	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o a ABILITACION Y HABIL	STITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUI instrucciones: 1.El valor del capital seri	parece al pie de nuestras parece al pie de nuestras sencias EMANUEL S.A.: Illenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHA	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o a ABILITACION Y HABIL DSPITALIZACIÓN, consulta pr	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital di	que en que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las signa, servicios prestados por los r	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes médicos
identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUI instrucciones: 1.El valor del capital sera adscritos a la institució	parece al pie de nuestras la cincias EMANUEL S.A.: ellenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHATA de la suma total que por hom, medicamentos, daños	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o a ABILITACION Y HABIL pospitalización, consulta pro cocasionados a la instit	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital di ución (bienes mueb	que en que en que en (CONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las signa, servicios prestados por los roles e inmuebles), copagos y	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1.El valor del capital ser adscritos a la institució moderadores y demás o	parece al pie de nuestras la cincias EMANUEL S.A.: ellenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHATA de la suma total que por homo, medicamentos, daños gastos que se haya incurr	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL Iñ co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DESPITALIZACIÓN, consulta pri cocasionados a la institi ido por concepto de la p	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NAC. ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r eles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1.El valor del capital ser adscritos a la institució moderadores y demás gy/o al INSTITUTO NA	parece al pie de nuestras parece al pie de nuestras sencias emanuel s.a.s ellenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHATON, medicamentos, daños gastos que se haya incurracional de DEMENCI.	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL Iñ co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DESPITALIZACIÓN, consulta pro cocasionados a la institi ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN	que en que en que en (CONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las signa, servicios prestados por los roles e inmuebles), copagos y	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1. El valor del capital seradscritos a la institució moderadores y demás gy/o al INSTITUTO NA HABILITACION INF.	parece al pie de nuestras la cincias EMANUEL S.A.: ellenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHATON, medicamentos, daños gastos que se haya incurraCIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL Iñ co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DISPITALIZACIÓN, consulta pri cocasionados a la institi ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y inte	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r eles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1. El valor del capital seradscritos a la institució moderadores y demás gy/o al INSTITUTO NA HABILITACION INF.	parece al pie de nuestras la cincias EMANUEL S.A.: ellenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHATON, medicamentos, daños gastos que se haya incurraCIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL Iñ co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DISPITALIZACIÓN, consulta pri cocasionados a la institi ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y inte	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r eles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL
Nosotros,	parece al pie de nuestras de NCIAS EMANUEL S.A.: ellenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHATA de la suma total que por heron, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IP co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DESPITATION ON CONSUITA PO COCASIONADOS A la instituido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y Inte	ISTITUTO DE REF con el No	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r eles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para la hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1.El valor del capital sera adscritos a la institució moderadores y demás o y/o al INSTITUTO NA HABILITACION INF. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a	parece al pie de nuestras de CLINICA EMANUEL S.A.: allenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHATON, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IP co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o a ABILITACION Y HABIL DESPITATION O CONSUITA PER cocasionados a la instituido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y nte	ISTITUTO DE REF con el No I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL CION Y
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1.El valor del capital sera adscritos a la institució moderadores y demás o y/o al INSTITUTO NA HABILITACION INF. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a Así mismo me (nos) obli	parece al pie de nuestras de CLINICA EMANUEL S.A.: llenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHAMON, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IP co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DESPITATION O CONSUITA PER cocasionados a la institi ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y inte	ISTITUTO DE REF con el No I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN uetarias. s prejudicial y judicia	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC al en caso de que haya lugar a	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUE instrucciones: 1.El valor del capital sera adscritos a la institució moderadores y demás o y/o al INSTITUTO NA HABILITACION INF, quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a Así mismo me (nos) oblipagare será llenado de	parece al pie de nuestras de CLINICA EMANUEL S.A.: llenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHAMON, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IP co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DESPITALIZACIÓN, consulta presocasionados a la institido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y inte	ISTITUTO DE REF con el No	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y
Nosotros,identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUI instrucciones: 1.El valor del capital seriadscritos a la institució moderadores y demás gy/o al INSTITUTO N/HABILITACION INF. quien ingreso con fecha. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a Así mismo me (nos) oblipagare será llenado de cancelada en su totalida	parece al pie de nuestras de NCIAS EMANUEL S.A.: allenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHAMA de la suma total que por he fon, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo acuerdo con estas instruad, o por el saldo en caso	firmas, autorizamos a CCS., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DESPITATION O CONSULTA POR COCASIONADOS A LA INSTITUTO DE PAS EMANUEL S.A.S., y INTE DE POR LAS AUTORIDADOS DE GAS GAS COBRANZA DE CONSULTA POR DE POR LAS AUTORIDADOS DE GAS COBRANZA DE CONSULTA POR DE CONSUL	ISTITUTO DE REF con el No. I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN etarias. s prejudicial y judicia de la salida del par ono a tal cuenta.	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r bles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC al en caso de que haya lugar a ciente ya nombrado la cuenta	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y
Nosotros,	parece al pie de nuestras de NCIAS EMANUEL S.A.: allenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHAMA de CLINICA EMMNAU de la suma total que por homo, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo acuerdo con estas instruad, o por el saldo en caso	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DISPITATION ON CONSUITA PO COCASIONADOS A la institu ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y INTE	ISTITUTO DE REF con el No I INSTITUTO NACI I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN etarias. s prejudicial y judicia de la salida del par iono a tal cuenta. del paciente:	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC al en caso de que haya lugar a ciente ya nombrado la cuenta	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y
Nosotros,	parece al pie de nuestras de NCIAS EMANUEL S.A.: allenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHAMA de CLINICA EMMNAU de la suma total que por homo, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo acuerdo con estas instruad, o por el saldo en caso	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DISPITATION ON CONSUITA PO COCASIONADOS A la institu ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y INTE	ISTITUTO DE REF con el No I INSTITUTO NACI I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN etarias. s prejudicial y judicia de la salida del par iono a tal cuenta. del paciente:	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC al en caso de que haya lugar a ciente ya nombrado la cuenta	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y
Nosotros,	parece al pie de nuestras de NCIAS EMANUEL S.A.: allenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHAMA de CLINICA EMMNAU de la suma total que por homo, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo acuerdo con estas instruad, o por el saldo en caso	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DISPITATION ON CONSUITA PO COCASIONADOS A la institu ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y INTE	ISTITUTO DE REF con el No I INSTITUTO NACI I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN etarias. s prejudicial y judicia de la salida del par iono a tal cuenta. del paciente:	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC al en caso de que haya lugar a ciente ya nombrado la cuenta	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y
Nosotros, identificado(s) como ap NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S para l'hemos suscrito a favor S.A.S., y/o EMMANUI instrucciones: 1.El valor del capital sera adscritos a la institució moderadores y demás o y/o al INSTITUTO N/HABILITACION INF, quien ingreso con fecha Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a Así mismo me (nos) oblipagare será llenado de cancelada en su totalida Firma paciente: C.C.:	parece al pie de nuestras de NCIAS EMANUEL S.A.: allenar los espacios en blan de CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHAMA de la suma total que por he fon, medicamentos, daños gastos que se haya incurra ACIONAL DE DEMENCIANTILS.A.S; del pacie la máxima tasa permitida igo (obligamos) a pagar lo acuerdo con estas instruad, o por el saldo en caso	firmas, autorizamos a CC S., y/o EMMANUEL IN co del pagare distinguido EL CONSORCIO y/o al ABILITACION Y HABIL DISPITATION ON CONSUITA PO COCASIONADOS A la institu ido por concepto de la p AS EMANUEL S.A.S., y INTE	ISTITUTO DE REF con el No I INSTITUTO NACI I INSTITUTO NACI ITACION INFANT ioritaria y hospital dí ución (bienes mueb ermanencia en el C /o EMMANUEL IN etarias. s prejudicial y judicia de la salida del par iono a tal cuenta. del paciente:	ABBILITACION Y HABILIT que en IONAL DE DEMENCIAS EM IL S.A.S conforme con las sig a, servicios prestados por los r oles e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILITAC al en caso de que haya lugar a ciente ya nombrado la cuenta	ITUTO ACION a fecha ANUEL uientes nédicos cuotas NAUEL ION Y

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

Telefono(s): 30/164 6/36 - 30088933
Dirección: (1916 411 # 148 -88
Trabajador independiente (profesión u oficio): Comerci an P
Teléfono(s): 3012646136 - 300 8893133
Dirección: Calle 141 H 148 - 88
Empresa empleadora:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Estado Civil: Union Libre
Cedula de ciudadanía: 529633 11
Nombres: Genda Gabriels Solomanes Mejica
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:

Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 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.

Exportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento, 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 tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal formación veraz.

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

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.

públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

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.

