Etrisercio Ethico Ethico Environment | Instituto | Revieral de Company | Revieral de Co

	-	*******			
FR		TH	1RL	 04	

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

Nombres: Sandra Mana Becora Rosa Cedula de ciudadanía: 46374249. So Estado Civil: Soltera Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Madre Empresa empleadora: Dirección:	y carta de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: 46374248. S Estado Civil: 50 Herg Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Madre Empresa empleadora: Dirección:	Pecola Roiá
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	3. So
Empresa empleadora: Dirección:	
Dirección:	nte: Madre
	The second secon
	The second secon
Teléfono(s):	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
Trabajador independiente (profesión u oficio): True pendiente	independiente
Dirección: Carrera II areneras Sogamoso	meneral sogamoso
Telefono(s): 322 800 4641	641

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 _	Sandra Maria	Becare D.
C.C.:	46374248 509	
Firma: _	Sandra Nany B.	

	050WD /	905 əp	3h 6h E 9h 100
			Firma responsable:
		ap 605	CC: 18374 248
	ore del paciente:	(1)16 /3, Nomb	
	np əb oses nə ficisibul y laisibulərq sesn İmon ek 91 isə bəlidə del bəciente	saso de que se haya hecho instrucciones, si al momei sussensos de las cobra	Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a p pagare será llenado de acuerdo con estas cancelada en su totalidad, o por el saldo er
	.seinefanon	r səbabitotua sal 100 abitim	2. Intereses de mora a la máxima tasa per
			quien ingreso con fecha 1. Intereses de plazo:
rINICY EMMNYNEF szados bor los médicos sos por los médicos	a prioritaria y hospital día, servicios pre stitución (bienes muebles e inmueble a permanencia en el CONSORCIO C	por hospitalización, consulta daños ocasionados a la in incurrido por concepto de la	instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que adscritos a la institución, medicamentos, moderadores y demás gastos que se haya y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEM HABILITACION INFANTILS.A.S; del HABILITACION
MENCIPS EMPNUEL que en la fecha	INSTITUTO DE REHABILITACION I de DE MACIONAL DE DE DE MACIONAL DE DE DE MACIONAL DE DE DE MACIONAL DE DE DE DE MACIONAL DE DE DE DE DE MACIONAL DE DE DE DE DE MACIONAL DE	S.A.S., y/o EMMANUEL n blanco del pagare distingueles.	identificado(s) como aparece al pie de nuo nacional de macional de DEMENCIAS EMANUEL S.A.S para llenar los espacios e hemos suscrito a favor de CLINICA EMI hemos suscrito a favor de CLINICA EMI NEMENTA EMI S.S.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
Van 1868 188 1 - 1 - 1		- Sanatanagra Scoring Schape	Nosotros,
0/Å	Account of the control deposit of the control of th	The second secon	Bogotá, D.C., yo,
o	AGARE CON ESPACIOS EN BLANC	CIONES PARA LLENAR P	CAKIA DE INSTRUC
Por	e Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 14- del año garemos intereses moratorios a la tasa cial o extra judicial de este pagare será del impuesto de timbre, si hay lugar de ientes, debidos con un año de arteriori s de abogado, en caso de arreglo direci nás sus accesorios. SEXTO: que será nás sus accesorios. SEXTO: que será na pagarlos por mi cuenta si fuere nece ra pagarlos por mi cuenta si fuere nece no no lo dispuesto en el artículo 622, ad con lo dispuesto en el artículo 622,	de dector en sus oficinas de de decedor en sus oficinas de de cobro judio de ses de cobro judio de la sobre los intereses pendisors. QUINTO: los honorarios e el valor de la obligación relo al acreedor facultando par MNAUEL y/o al INSTITUTOION Y HABILITACION PARA PARTITACION Y HABILITACION PARA PARTITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION PARA PARTITACION Y HABILITACION PARA PARTITACION Y HABILITACION Y HABILITA	capital: intereses de plazo: intereses de mora: a la máxima autorizac otros gastos: obligamos a pagar dicha suma de dinero a al tenedor de este pagare, el día partir de esta fecha, sobre las obligacio por las autoridades monetarias. TERCERO gastos y costos que por dicha cobranza se intereses a la máxima tasa fijada para la ma prejudicial, se establecen en un 20% sobr intereses a la máxima tasa fijada para la ma prejudicial, se establecen en un 20% sobr intereses a la máxima tasa fijada para la ma de la fecha de la respectiva demanda judic intereses a la máxima tasa fijada para la ma de la fecha de la respectiva demanda judic intereses a la máxima tasa fijada para la ma de la fecha de la respectiva demanda judic intereses a la máxima tasa fijada para la mo de la fecha de la respectiva demanda judic intereses a la máxima tasa fijada para la ma de la fecha de la respectiva demanda judic intereses a la máxima tasa fijada para la ma de la fecha de la respectiva demanda judic intereses a la máxima tasa fijada para la ma de la fecha de la respectiva demanda judic de la fecha de la respectiva demanda judica de la fecha de la respectiva de la máxima de l
identifica nales de CONSORCIO IUEL INSTITUTO DE	NERO: que somos deudores incondicion CIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN	O NACIONAL DE DEMEN	Yo/nosotros: CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUT CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUT REHABILITACION Y HABILITACION
TIC TIC			
S eb 1 enigè¶	Actualización:/		
10 :nòis19V	710S/30/9S : lsniginO	FR – THRL – 04	obment of sample
SODAZI.	SE PARA PACIENTES HOSPITAL	НАБАЧ ОТАМЯОН	familianis 3 Exemply Operations