Engress Englished Fiberil | Sheese Emanuel Inde | Property

FORMATO	PAGARE PA	RA PACIENT	res hosp	ITALIZADOS

FR - THRL - 04

 Original: 29/06/2017
 Versión: 01

 Actualización: --/--/-- Página 1 de 2

		Α.		**= **	DA.C.A	DE N.	1760 1	3	
Yo/nosotros: 🖎 🆯	ector (Puiton	e7		y/o	RE No.			lentifica
do(s) como aparec				declaramos:		ue somos	deudores in		
CONSORCIO CLIN									
INSTITUTO DE RE									
de:									
Por capital:									
Por intereses de pla	zo:			 					Por
intereses de mora:		autorizada por	las autorid	lades moneta	rias:				Por
otros gastos									Nos
obligamos a pagar d									
al tenedor de este p									
partir de esta fe									
autorizada por las a									
nuestro cargo los ga									
él. CUARTO: a par									
anterioridad o más,									
arreglo directo o de									
SEXTO: que serán									
cuenta si fuere nece									
DE DEMENCIAS E									
S.A.S de conformide dispuesto en el artíco					nemos impartio	io para tai	erecto, de co	onformidad	con io
Firma(s):	*_			v/n			٠.		Este
Firma(s): pagaré será llena	ado por el	. acreedor d	le conform	nidad de l	a carta de	instruccio	nes que s	e suscrih	e hov
							, 445		,
	CADTA DE I	 NETRUCCION			SARE CON ESP		I DI ANCO		•
	CAKTA DE 1	NSTRUCCION	NES PARA I	LLENAK PAC	ARE CON ESP	ACIOS EN	BLANCO		
Bogotá, D.C., yo,	1000								y/o
Nosotros,	. Line fysch	yvig <u> </u>		3434			Di Maran Mi		
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscril EMANUEL S.A.S., y las siguientes instruc 1.El valor del capita	MENCIAS El ara llenar los to a favor de y/o EMMAN cciones:	MANUEL S.A. espacios en b CLINICA E UEL INSTITU	S., y/o EN lanco del p EMMNAUEL TO DE REI	MANUEL II agare disting CONSORC HABILITACI	NSTITUTO DE uido con el No IO y/o al IN: ON Y HABILI	REHABIL STITUTO FACION I	ITACION Y NACIONAL NFANTIL S.	HABILIT qu DE DEME A.S confor	ACION te en la NCIAS me con
médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	la institución y demás ga al INSTITU	, medicamento stos que se h	os, daños o aya incurrio L DE DEI	casionados a do por conce	la institución (pto de la pern MANUEL S.A.	bienes mu nanencia e S., y/o E	ebles e inmu n el CONS O	ebles), cop ORCIO CL	oagos y LINICA
Intereses de plaz	n:			Y 1 1 40					
 Intereses de mor 		tasa nermitida	nor las au	toridades mor	netarias				
Así mismo me (nos) El pagare será llenad cancelada en su tota	obligo (obliga do de acuerdo	mos) a pagar o con estas ins	los gastos d trucciones,	le las cobranz si al moment	zas prejudicial y o de la salida d	lei paciente			
Firma pac		~ .	1 ~ 1	•	H				
1000/0=	iente: 🕂	Davi	el Gst	rebau	Quinongn	ombre	del	pa	aciente:
CC+ MMMAN	·	<u>Deini</u>			Quinange	ombre	del	pa	aciente:
C.C.: 1000605	3396	A~		Ladril.	Quinongn	ombre	del	pa	aciente:
Firma responsable:	3396 Spector A	Luinous	de /		<u>Kuinany</u>	ombre	del	pa	aciente:
	3396 Spector A	Luinous	de/			ombre	del	pa	aciente:

Emilian inde process

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADO

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Hector Linones
Cedula de ciudadanía: 3 172959
Estado Civil: Casaso.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Pade.
Empresa empleadora: Indemendiente
Dirección: Cva 6E 103-25 Madrial
Teléfono(s): 31320 42900 - 313222 4989
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: Cra GE 10B-25 Madrid
Telefono(s): 3 13 20 (-290 0

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	Hector Quinones	
\ c.c.:	3172959.	
Firma:	Lola Dairiones	
		