Diameter Cale	Actualización://				
	Original: 29/06/2017	FR - THRL 04	Instituto de Macional de Danuel Emanuel	MANUEL.	
	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADO:	FORMATO PA	orcan ICB	Source Construct	

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Firma: Arganola Prente Sayo.
Nombres Alejandra Turntes Sayo
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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.
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.
<ul> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
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
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.
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:
Telefono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio):
ft 2
Empresa empleadora:  Dirección:  OULU 159 + 17-94
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HELYYCINO
Estado Civil: 80140
en(es) va(n)

Ē.	su su
÷.	nstituto lacional lemenci manuel
_	6-6
	e 1985aan
0	П
ā	
	C. S.

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

- TRP £

Original: 29/06/2017 Act 8

Versión:	
iginal: 29/06/2017	tualización://

2 de agina 1

O

	ifica	CIO	ODE	de:
	identifica	CONSOR	STITUT(	cantidad
1	X	de	Z	a
518	3	nales	NUEL	por
13	JOHN Manuel Purn	es incondicio	y/o EMMA	acreedor,
So.	K	dore	S	ō
PAGARE No.	100/ Judy (	(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO	INICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:
	//	IMERO: q	NCIAS EN	adelante
		PR	ME	en
		mos:	EDE	A.S
	0	ara	0	่ง
- (	200	), decl	TONA	NTIL
	0	na(s	MAC	NFA
3	4	firm	0	H
F. 1	F	ras)	5	ION
	3	nesl	S	IAC
		ii (n	Z	5
	0	de n	0	AB
	2	pie (	- Y /	I
	Meldndra	arece al	MNAUEI	CION
	SC:	o ab	M	E
	sotro	Com	CA	811
	/no	(S)	Z	I

partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. **TERCERO:** que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. **CUARTO:** a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. **QUINTO:** los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. **SEXTO:** que serán de nuestro cargo los Por Nos Por Por obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o SEGUNDO: que a impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de del año monetarias: autoridades de as por autorizada día dia a la máxima al tenedor de este pagare, el plazo: dastos de mora: <del>o</del>e

hoy suscribe Se dne instrucciones, de carta O de y/o de conformidad acreedor, ē por llenado será Firma(s): pagaré

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

2018 Mayo र Alelandra Bogotá, D.C., yo, -

0//

identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autórizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.

que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes

- adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL. Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUELINSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos paciente Moudo Eg HABILITACION INFANTILS.A.S; quien ingreso con fecha quien ingreso con fecha
  - Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no cancelada en cui totalidad, o nor el caldo en caso de que se hava hecho abono a tal cuenta.

	Nombre del paciente:	de	e: Ale lovolin turned Jayo	onsable: Attignata Yventi (and	318.467.442 de BOYN-19.	
2	Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable:	Nombre del responsable:	C.C.: 1.018.46	