Conservice Clinica Enumeratural

Página 2 de 2

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Actualización: -/-/-

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓ I PARTOS DE PARTOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA

Yo/nosotros:	y/oidentifica
do(s) como aparece al pie de r	mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO
CLINICA EMMNAUEL y/o a	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. V/O EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HAE	ILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:
	Por
capital:	Por Por
ntereses de plazo:	Sur Por
ntereses de mora: a la máxi	ma autorizada por las autoridades monetarias:Por
otros gastos:	Short and the state of the stat
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
al tenedor de este pagare, e	día de del año SEGUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre	las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada
or las autoridades monetaria	s. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los
gastos v 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 de	manda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos
ntereses a la máxima tasa fija	da para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa
rejudicial, se establecen en	in 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los
mpuestos que causen este na	garé, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será
lenado por CONSORCIO CI	INICA 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 narte hemos	impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de
comercio.	imparado para tal electo, de comormidad con lo dispuesto en el articulo 622, inciso 2 del codigo de
	A. Consultar, en qualquier bergo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para con
Firma(s):	este deudor, mi cabacidad de page o para valorar el riesco futuro o/yconcedenne un credita.
pagaré será llenado por	el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy
omos ofisames CARTA D	E INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
CARTA D	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	PE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HARI ITACION
CARTA E Bogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S para llenar le	pe Instrucciones para Llenar pagare con espacios en Blanco y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a Consorcio Clinica Emmnauel y/o al Instituto E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Des espacios en blanco del pagare distinguido con el No.
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S para llenar le demos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INS	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o ai pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o ai INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HARI ITACION
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le demos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INSI Instrucciones:	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SE espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION OS espacios en blanco del pagare distinguido con el No que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos
CARTA D Bogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S para ilenar le semos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INS nstrucciones: El valor del capital será la sur dscritos a la institución, med	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION OS ESPACIOS EN blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS ENFANTIL S.A.S para llenar le nemos suscrito a favor de CL B.A.S., y/o EMMANUEL INS Instrucciones:El valor del capital será la sur idscritos a la institución, men noderadores y demás gastos	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION OS espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS ENFANTIL S.A.S para llenar le nemos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INS netrucciones: El valor del capital será la sur descritos a la institución, men noderadores y demás gastos le o al INSTITUTO NACION	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SE ESPACIOS EN blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA D Bogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S para llenar le emos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INS nstrucciones: El valor del capital será la sur dscritos a la institución, men noderadores y demás gastos el lo al INSTITUTO NACION IABILITACION INFANTIL	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SE ESPACIOS EN blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S para llenar le emos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INS nstrucciones: El valor del capital será la sur dscritos a la institución, men noderadores y demás gastos e y/o al INSTITUTO NACION IABILITACION INFANTIL uien ingreso con fecha	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION DE SESPACIOS EN BIANCO DE PAGARE CONSORCIO Y/O AL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente
CARTA D Bogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece a MACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S para ilenar le demos suscrito a favor de CL B.A.S., y/o EMMANUEL INS Instrucciones: Lei valor del capital será la sur dscritos a la institución, men doderadores y demás gastos Jo al INSTITUTO NACION IABILITACION INFANTIL uien ingreso con fecha Intereses de plazo:	de instrucciones para llenar pagare con espacios en blanco y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SE espacios en blanco del pagare distinguido con el No que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente
CARTA D Bogotá, D.C., yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece a NACIONAL DE DEMENCIAS ENFANTIL S.A.S para ilenar le nemos suscrito a favor de CL S.A.S., y/o EMMANUEL INS nstrucciones: El valor del capital será la sur descritos a la institución, men noderadores y demás gastos la linstituto NACION HABILITACION INFANTIL quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máx	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO AI pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO DE EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION QUE en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente ima tasa permitida por las autoridades monetarias.
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	pie Instrucciones para Llenar pagare con espacios en Blanco y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a Consorcio Clinica Emmnauel y/o al Instituto se Emanuel S.A.S., y/o Emmanuel Instituto de Rehabilitacion y Habilitacion se espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al Instituto Nacional de Demencias Emanuel TITUTO de Rehabilitacion y Habilitacion Infantil S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el Consorcio Clinica Emmnauel AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y S.A.S; del paciente ima tasa permitida por las autoridades monetarias. igamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que hava lugar a ello. El
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	pie INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Se espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente ima tasa permitida por las autoridades monetarias. igamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que hava lugar a ello. Fil
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO AI pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO DE EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION QUE en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente ima tasa permitida por las autoridades monetarias.
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente ima tasa permitida por las autoridades monetarias. igamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El lo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es r el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	pe Instrucciones para Llenar pagare con espacios en Blanco y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a Consorcio Clinica Emmnauel y/o al Instituto s Emanuel S.A.S., y/o Emmanuel Instituto de Rehabilitacion y Habilitacion se espacios en blanco del pagare distinguido con el No que en la fecha Inica Emmnauel Consorcio y/o al Instituto Nacional de Demencias Emanuel Tituto de Rehabilitacion y Habilitacion Infantil S.A.S conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el Consorcio Clinica Emmnauel AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y S.A.S; del paciente
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme con las siguientes na total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente ima tasa permitida por las autoridades monetarias. igamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El lo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es rel saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
CARTA D Bogotá, D.C., yo,	pe Instrucciones para llenar pagare con espacios en Blanco y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a Consorcio Clinica Emmnauel y/o al Instituto s Emanuel S.A.S., y/o Emmanuel Instituto De Rehabilitacion y Habilitacion os espacios en blanco del pagare distinguido con el No
carta cogotá, D.C., yo, losotros, losotros, lentificado(s) como aparece a lacional de Demencias NFANTIL S.A.S para llenar le emos suscrito a favor de Cl. A.S., y/o EMMANUEL INStrucciones: El valor del capital será la sur discritos a la institución, menderadores y demás gastos los los los los los los los los los l	pe Instrucciones para llenar pagare con espacios en Blanco y/o al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO E EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SE espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha INICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL TITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes dicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S.A.S; del paciente dima tasa permitida por las autoridades monetarias. igamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El do con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es r el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:

Consorcio Chrica Entricanuel Instituto Nacional de Demencias Primarias Instituto Demencias Primarias Primar

Página 1 de 2

Firma:

FR - THRL - 04

Actualización: --/--/-

Origina	1:	29/	06	/201	7
---------	----	-----	----	------	---

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 2 de 2

Ya/nosotras:

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

North S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad:serdmoN	REHABILITACION Y HABILITACION INFA
Cedula de ciudadanía:	capital:
Estado Civil:	intereses de plazo:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	intereses de mora: a la máxima autorizada por l
Empresa empleadora:	
Directions (OGMICA)	al tenedor de este osciare, el día
Teléfono(s). Il serios en se son el estado de la constante de	VALUE DE ESTO TECHO, SODIE IOS OPINACIONES MA
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección: upper jalar o belono ratus en ella el cara estadab pednellonen assessant el s	
costs of a country of the control of	
CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro de consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin trata sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obto C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis se mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que y públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	el acreedor del crédito solicitado, para: n relevante para conocer mi desempeño como e un crédito. r, tanto sobre el cumplimento oportuno como si deberes legales de contenido patrimonial de actualizada y exacta de mi desempeño como tener una información significativa. n directa y, también, por intermedio de la de vigilancia y control, con el fin de que estas es. debidas actualizaciones y durante el periodo es B. y E. de esta cláusula. policitudes de crédito como otros atenuantes a
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquie veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constar y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis	ncia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación de información de la obligación de indicarme,
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de ric fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elab matemáticos, conclusiones de ellas.	verificar por parte de las autoridades públicas porar estadísticas y derivar, mediante modelos
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla compre sus alcances y sus implicaciones.	Firms paciente:
Nombres 508 CHLYNHNDOCUST, 514N00 CO	120 ENUS
cc. 14.31898e	Number del rechanceldes S 9 2 44 4 24 4

5l