PAGARE No.

341.F

Yo/nosotros:		V/0	
identificado(s) como aparece al pie de m	i (nuestras) firma(s),	declaramos: PRIMERO: que s	somos deudores
incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMM	NAUEL y/o al INSTIT	TUTO NACIONAL DE DEMENC	IAS EMANUEL
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE RE			
simplemente el acreedor, por la cantidad de:			Por
,			Por
intereses de píazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las	autoridades monetarias	i	Por
otres gastos:		Sette in the second	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al agreeo	dor en sus oficinas de B	ogota D.C., en la Carrera 22 no.	142-63, o en su
orden, o al tenedor de este pagare, el día 🔔		del año	
SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sob		itas y los gastos pagaremos inte	reses moratorios
a la tasa de máxima autorszada por las autoridad			
de este pagare serán de nuestro cargo los gasto			
impuesto de timbre, si hay lugar de el. CUARTO:			
pendientes, debidos con un año de anterioridad di			
los honorarios de abogado, en caso de arregio dir	recto o de pago a la eta	pa prejudicial, se establecen en	un 20% sobre el
valor de la obligación más sus accesorios. SEXT	O: que serán de nuest	ro cargo los impuestos que cau:	sen este pagaré,
quedado al acreedor facultando para pagarlos por			
CLINICA EMMNAUEL y/s at INSTITUTO !	NACIONAL DE DEMI	ENCIAS EMANUEL S.A.S., y	O EMMANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILI	ración infantil s.	A.5 de conformidad con las instr	ucciones que en
documento a parte hemos impartido para tal efect	to, de conformidad con	lo dispuesto en el artículo 622, lo	dsp 2 del código
de comercio.		Sec. 9500 450 450	10000 2041 0 4
- 14 T		ME SPINES DISSISTE	
Firma(s):	y/o:	1000	
Este pagaré será llenado por el acreedor, d	e conformidad de la	carta de instrucciones, que s	e suscribe hoy
**************************************	127		.3.
CARTA DE INSTRUCCIONES F	ARA LLENAR PAGAR	E CON ESPACIOS EN BLANCO)
TIG TO THE	- A		· v/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de n	RECIPIE	CONCODETO CLINICA I	
al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN	iuestras ilimas, autorica	MMARIJES INCITTUTO DE DE	HARTI FTACTON
Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. para	Minor los aspacios	on blanca del nagara det	Innuido coo el
1 HABILITACION INFANTE SANS DOS	in liamos suscrito a foir	de CLINICA EMMNAUEL C	ONSORCIO v/o
No que en la fech al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN	MANUFL S.A.S. WAS	MMANUEL INSTITUTO OF RE	HABILITACION
Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conformed	ms les chuidantes inchis	refinited	
1.El valor del capital será la suma total que por	hospitalización consult.	oriomaria v hospital dia, servici	los prestados por
tos médicos adscritos a la institución, medicame	otos idanos orasionado	s a W institución (bienes mueb	les e inmuebles),
copagos y cuotas moderadores y demás gastos q	ue se have incremido nor	enocepto de la permanencia en	el CONSORCIO
CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	NACIONAL DE DEM	ENCIAS EMANUEL S.A.S., V	/o EMMANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACIO	ON Y HA	BILITACION INFANTIL	S.A.S; del
paciente			
Intereses de plazo:			
 Intereses de mora a la máxima tasa permitida 	nor las autoridades mo	inetarias.	
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar k			de que haya kugar
a ello. El pagare será lienado de acuerdo con est			
cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el s			
where the we writesimm all us premitting & has see			
Firma paciente:	Nombre del	paciente:	
c.c.:	de		
	net		

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: Cadula de cludiadania: Estado CIVII: Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Telefono(3): Telefono(3): Telefono(3): Telefono(3): Deciaro que la información que he (nos) suministrado es verticica y doy fril goneentimiento de espaceo e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMANAUEL VIO. AL INSTITUTO NACIONAL DE DENENCIAS. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMBELLA CIÓN Y MARILLITACION INFANTIL, S.A.S. o a guien, sea en el futuro el accredor del credito solicitosio, pare: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información repensante patra conocer mí desempelhi como desempelhi como desempelhi como del	Nombre del responsable:			
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Cardia de cludadania: Estado CMI: Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Teléfono(s): Teléfono(s): Teléfono(s): Telefono(s): Declaro que la información que ne (nes) suministrado es vertica y doy ini consentimento de sempreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA Eministrate, y/o al Institutión NACIONAL DE DEMENCIAS. EMÁNUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMABLITACION Y MARILITACION INFANTIS. S.A.S. o, a quien sea en el núturo el acreedor del crédito solicitado, pare: A. Consultar, en cualquier biempo, en las centrales de riesgo toda la información pienes en el núturo el acreedor del crédito solicitado, pare: A. Consultar, en cualquier biempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mí desempelho como desempelho como desempelho como del como de	C.C.:	ae		
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Cordial de cludadania: Estado CMIC Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Telefono(s): Trabajador independiente (profesión unoficio): Dirección: Telefono(s): Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): ACONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REPABILITACION Y PARTITACION INFANTIL S.A.S. p. a quien, sea en el futuro el acreedor del crédito solicitaso, para: A. Consistir, en cualquier biempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante bira conocer mi desempaño como deluter, mi ciancidad de pádo o para valorar el riesgo futuro de conoceimiente un valedito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tracadós o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como editire el rincimiplimiento, se hibitere, de emis obligaciones crediticias, o de meje deberes legiales de contenido patrimonial de fall forma que éstas presenten una información verza, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como debura de espués de haber cruzado y procesado diversiós adates falles para obtener una información significativa. C. Envar la información tiencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de que estas puedan tratar a, enalizaria, clasificaria, y laego suministraria a dichas centrales. D. Conservar, harto en (la eritidado) como en las centrales de riesgo, con las debidias actualizaciones y durante el periodo necesado sefisiado en sus reglamentos la intormación dicada en los literaciones y durante el periodo necesado sefisiado en sus reglamentos la intormación dicada en los literaciones y durante el E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a más selectuos y on viva en releg	AUTORIZACIÓN PA	ARA CONSULTA E INGRESO DE SUSCRIBA PAGARE Y C	arta de instrucci	ONES
Nombres: Estado CWIE Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Telefono(s): Trabajador independiente (profesión susficio): Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (nos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMANAUEL Y/S AI INSTITUTO NACIONAL DE DEMERCIAS. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIS. S.A.S. o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitacio, pale: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información resevante palera conocer mi desempelha como deuder mi cipacidad de pado o para valorar el riesgo futura de conoceriente un credito. B. Reportiar à las certralies de información de riesgo datos, tradició o sin tratar, tante sobre si cumpiniente oportuno como editir el fincimipilificiento, se hibitare, de mis obligaciones crediticas, o de mis debenes legales de contenido patrimonial de tal forma que estas presenten una información verza, pertinente, completa actualizada y exocta de mi desempeño conte deudor después de haber cruzado y procesado diversiós datos distes para obtaner una información significativa. C. Enviar la információn imencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambiéri, por intermedio de la SUPERTINANCIERTA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigiliancia y control, con el fin de que estas pugalan trataria, enalizaria, clasificaria y luego suministraria a diches centrales. D. Conservar, tanto en la entidado) como en las centrales de riesgo, con las deplada actualizaciones y durante el periodo necesario señalario en sus regiamentos la información indicada en los literaries B. y E. de esta clásusia. E. Suministrar a las centralies de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financiera-se y en general sociecciómicias que y haya entregadio o que constene en registros público	Datos generales de quier	n(es) va(n) a suscribir pagare y car	ta de instrucciones:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Trabajador independiente (profesión sutifició). Trabajador independiente (profesión sutifició). Trabajador independiente (profesión sutifició). Trabajador independiente (profesión sutifición). Tolefono(s): Declaro que la información due ne (nucle) suministrado es veridica y doy información de expreso e irrevocable a al Declaro que la información due ne (nucle) y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL S.A.S.o a quen sea en el futuro el acreedor del crédito solicitación, para: A. Consultar, en cualquier biempo, en las centrales de riesgo toda la información resevante, para conocer mi desempelhi/contro deudor, mi capacidad de paigo o para valorar el riesgo futura de conoceitente un cindido. B. Reportar a las cientales de información de riesgo datos, tratados os in tratar, tanto sobre el cumplimiento, se hublere, de mis obligaciones crediticios, o de mis dicheres legales de contenido patrimonial de tal forma que estas presenten una información verza, pertinente, completa adultada y exacte de mi desempelho como deudor redespués de haber cruzado y processado diversis 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 SUPERTINANCIERA di las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigiliariola y control, con el fin de que estas puedan trajaris, analizaria, clasificaria, y luego suministraria a dichas centrales. Per se presenta esta de la misma de la financia de la contrales de riesgo con las depidas actualizaciones y durante el período necesario sefiniado en sus reglamentos la información indicada en los libraries B. y E. de esta clásula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a misma solicitudes de terido como otros atenuantes a misma relaciones comerciales, financieras y en general socie	A Company Income to Company Co			
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Trabajador independiente (profesión sutifició). Trabajador independiente (profesión sutifició). Trabajador independiente (profesión sutifició). Trabajador independiente (profesión sutifición). Tolefono(s): Declaro que la información due ne (nucle) suministrado es veridica y doy información de expreso e irrevocable a al Declaro que la información due ne (nucle) y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL S.A.S.o a quen sea en el futuro el acreedor del crédito solicitación, para: A. Consultar, en cualquier biempo, en las centrales de riesgo toda la información resevante, para conocer mi desempelhi/contro deudor, mi capacidad de paigo o para valorar el riesgo futura de conoceitente un cindido. B. Reportar a las cientales de información de riesgo datos, tratados os in tratar, tanto sobre el cumplimiento, se hublere, de mis obligaciones crediticios, o de mis dicheres legales de contenido patrimonial de tal forma que estas presenten una información verza, pertinente, completa adultada y exacte de mi desempelho como deudor redespués de haber cruzado y processado diversis 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 SUPERTINANCIERA di las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigiliariola y control, con el fin de que estas puedan trajaris, analizaria, clasificaria, y luego suministraria a dichas centrales. Per se presenta esta de la misma de la financia de la contrales de riesgo con las depidas actualizaciones y durante el período necesario sefiniado en sus reglamentos la información indicada en los libraries B. y E. de esta clásula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a misma solicitudes de terido como otros atenuantes a misma relaciones comerciales, financieras y en general socie	Cedula de cludadanía:			
Parentesso o calidad en la que actús, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Texistrono(s): Tecidrono(s): Dectaro que la información que he (nos) suministrado es vertica y doy mi consentamento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMINAUEL (v/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIS. S.A.S. o, a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitacio, para: A. Consultar, en cualquier biempo, en las centrales de riesgo toda la información resevante para conocer mi desempelho como deutor, mi capacidad de págo o para valorar el riesgo futuro de conocerción de conocer	Estado Civil:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Dirección: Trabajador independiente (profesicio auroficio). Trabajador independiente (profesicio auroficio). Trabajador independiente (profesicio auroficio). Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que ne (nos) suministrado es veridica y doy mi consentamento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMINAUEL (y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIS. S.A.S. o.a. quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitacio, para: A. Consultar, en cuniquier bienibo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deusor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concedente un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sótim el misimplimiento, se hubiere, de mis obligaciones créditicas, o de me deberes legales de contenido patrimental de tali forma que estas presenten una información verza, pertinents, completa actualizado y exacta de mi desempeño como deutor después de haber cruzado y procesado diverses datos útiles para obtener una información significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambiéri, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigiliancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, enalizaria, clasificania y alego suministraria a dichas certivales. D. Conservar, tanto en (la erificiad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalande en sua reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cidiausia. E. Suministrar a las centrales de asua reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cidiausia. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a unis solicitudes de crédito como otros atenuarios a mis relaticiones centrales de las i	Parentesco o calidad en	la que actúa, si no es el paciente:		
Teiefono(s): Telefono(s): Declaro que la información gue he (mos) suministrado es veridica y doy ini consentimiento de apreso e irrevocable a al Consonctio CLINICA EMMANUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o CONSONCTIO CLINICA EMMANUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o CONSONCTIO CLINICA EMMANUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o acreedor del crédito sellicitado, para A. Consultar, en cualquier bempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante bara conocer mi desempeño como deutor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futura de conocertem un ordótto. B. Reportar el los centrales de información de riesgo o toda la información relevante bara conocer mi desempeño como deutor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futura de conocertem un ordótto. B. Reportar el los centrales de información de riesgo datos, tratadrás o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el finalimpilimiento, se hibbere, de mis obligaciones crediticias, o de mis doberes legales de contenido patrimontal de tal forma que estas pueden fuel finalimpilimiento, se hibbere, de mis obligaciones crediticias, o de mis doberes legales de contenido patrimontal de tal forma que estas pueden fuel finalimpilimiento, se hibbere cruzado y procesado diversitá datos útiles para obtener una información significativa. C. Enviar la información imencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambiér, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigiliancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y, luego suministrarla a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidado) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario serialidade so sus reglamentos la tinformación indicada en los literales B. y E. de esta ciáusula. E. Suministrad a en relaciones ammerciales, financieras y en general socioeccinhin	Empresa empleadora:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	14-41-4
Teiefono(s): Telefono(s): Declaro que la información gue he (mos) suministrado es veridica y doy ini consentimiento de apreso e irrevocable a al Consonctio CLINICA EMMANUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o CONSONCTIO CLINICA EMMANUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o CONSONCTIO CLINICA EMMANUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o acreedor del crédito sellicitado, para A. Consultar, en cualquier bempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante bara conocer mi desempeño como deutor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futura de conocertem un ordótto. B. Reportar el los centrales de información de riesgo o toda la información relevante bara conocer mi desempeño como deutor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futura de conocertem un ordótto. B. Reportar el los centrales de información de riesgo datos, tratadrás o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el finalimpilimiento, se hibbere, de mis obligaciones crediticias, o de mis doberes legales de contenido patrimontal de tal forma que estas pueden fuel finalimpilimiento, se hibbere, de mis obligaciones crediticias, o de mis doberes legales de contenido patrimontal de tal forma que estas pueden fuel finalimpilimiento, se hibbere cruzado y procesado diversitá datos útiles para obtener una información significativa. C. Enviar la información imencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambiér, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigiliancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y, luego suministrarla a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidado) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario serialidade so sus reglamentos la tinformación indicada en los literales B. y E. de esta ciáusula. E. Suministrad a en relaciones ammerciales, financieras y en general socioeccinhin	Dirección:			D St. Stedle
Directión: Declaro que la información gue he (nos) suministrado es vericica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información gue he (nos) suministrado es vericica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMANUEL (NETATUTO 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 bempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempelho como deudor, mi capacidad de paígo o para valorar el riesgo futuro de conocerimiente un crédito. B. Reportar à las centrales de información de riesgo datos, tradarás o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el rincimpilimiento, se hibbiere, de mis obligaciones créditicas, o de mes deberes legales de contenido patrimental de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversiós datos difles para obtener una información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambieri, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, amalizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo, con las depidias actualizaciones y durante el D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las depidias actualizaciones y durante el D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las depidias actualizaciones y durante el E. Suministrar a las centrales de sus reglamentos la información indicada en los literales. B, Y E, de esta clausula. E. Suministrar a las centrales de sus reglamentos la información de riesgo devidicas en erregistros públicas, bases de datos públicas o documentos públicas de crédito como otros atenuantes a mis relaciones aminera	Teléfono(s):		New your and markets.	AND ARREST CO.
Declaro que la información que ne (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que ne (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMAUEL Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMARUEL 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 solicidado, para concer mi desempelho como deutro, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futura de concedente un crédito. B. Reportar la los centrales de información de nesgo datos, tratados o sin tratar, tento sobre el cumplimento oportuno como sobre el memplemento en entre de mis obligaciones créditicas, o de mes debigaciones créditicas patrimonial de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversis 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 vigiliancia y control, con el find que estas puedan trataria-analizaria, clasificaria, y luego suministraria a dichas centrales. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comberciales, 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 impedira ejercer en derecho, a somoceran en cualquier tiempo que la información senior en la obligación de indicarma, cuanda y en las contrales de información de riesgo divulgar la información de la obligación de indicarma, cuanda y en la centrales de información de riesgo divulgar la información cestadisticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones	Trabajador independient			
Declaro que la información que pre (nos) suministrado ex vertoca y outro processos de consocion cultura. Consocio CLINICA EMMANUEL (10 al IMMANUEL (10 al IMMA	Telefono(s):		Contraction of	The Manusco o Improvedue a al
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempelho como deudor, mi capacidad de págo o para valorar el riesgo futuro de conocedente un crádito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sótim el incumplimento, se hibitare, de mis obligaciones crédificias, o de mis deberes legales de contenido patrimoniad de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempello como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significación. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la superer inactual mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la eritidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones inmenciales, financieras -y en general socioeccionámicas 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 composta en cualquier tiempo que la información suministrada es veras, completa, evacia y equalgada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, se información de la obligación de indicarme, puando 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 infor	CONSORCIO CLINIC	ión que ne (mos) suministrado es A EMMNAUEL y/o al INSTITI	UTO NACIONAL DE	DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
B. Reportar à las centralies de información de riesgo datos, trafados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el fincimplimiento, se hibitere, de mis obligaciones credificias, o de mis debensi legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mis desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos disles para obtener una información significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la superer ina información tratar la sentidad y como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período 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 información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones información de riesgo datos relativos a mis solicitudes que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. La autorización anterior no me impedirá ejenes mi derecho, a comborar 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 información por la cual información de la obligación de indicarme, quanto yo lo pida, que en conseciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadisticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conc	acreedor del credito soli	State of the state	25, 11, 11, 11, 11, 11, 11, 11, 11, 11, 1	or of address reached bullets
La autorización anterior no me impedira ejercer mi perecho a controca en que se deje constancia de mi desacuerdo, suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, su rectificación y a que se informa sobre las correctiones 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. Deciaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres C.C.:	A. Consultar, en desempello consultar, en desempello consultar a las como solire el patrimonial de de mi desemplinformación si C. Enviar la información superfinal que estas pui D. Conservar, ta periodo neces. E. Suministrar a atenuantes a consten en re	cualquier tiempo, en las central centrales de información de riesgo l'incumplimiento, se hublere, de mi e tal forma que éstas presenten u peño como deudor después de ha ignificativa. ANCIERA o las demás entidades po- edan tratarla, analizarla, clasificarla anto en (la entidad) como en las o sario señalado en sus reglamentos e las centrales de información de mis relaciones comerciales, financi- egistros públicos, bases de datos p	les de riesgo toda la ro para valorar el riesgo datos, tratados o sin tra is obligaciones creditida na información veraz, pur ber cruzado y procesado es de riesgo de manera iblicas que ejercen funcion y luego suministraria a centrales de riesgo, con la información indicada riesgo datos relativos ieras y en general socio úblicas o documentos p	información relevante para conocer mi o futuro de concedente un crédito. star, tanto sobre el cumplimento oportuno is, o de mis deberes legales de contenido pertinente, completa actualizada y exacta lo diversos datos útiles para obtener una directa y, también, por intermedio de la ciones de vigilancia y control, con el fin de dichas centrales. las debidas actualizaciones y durante el en los literales B. y E. de esta cláusula. la mis solicitudes de crédito como otros peconómicas que yo haya entregado o que úblicos.
C.C.:	suministrada es veras, a exigir su rectificació información de la oblig los seis meses anterior La autorización anteri mencionada para fines de las autoridades pú estadísticas y derivar, Declaro haber leido co	completa, exacta y ecualizada, y el completa, exacta y ecualizada, y el ón y a que se informa sobre las gación de indicarme, cuando yo lo res de mi petición. lor no permite a (la entidad) y a s diferentes, primero, a evaluar los úblicas competentes el cumplimien mediante modelos matemáticos, o uidadosamente el contenido de es	caso de que no lo sea, correcciones efectuad pida, quien consulto m las centrales de informesgos de concedermo de mis deberes con conclusiones de ellas.	ague se dete constancia de mi desacuerdo, las. Tampoco liberará a las centrales de lihistoria de desempeño crediticio durante mación de riesgo divulgar la información e un credito, segundo, a verificar por parte stitucionales legales y, tercero, a elaborar
C.C.:				
	Nombres		-	
Firma:				
	Firma:			