	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
	Documento Controlado	Original: 21/12/2016	Versión: 01
	FR- GFCT -01	Actualización: --/--/----	Página 2 de 2

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
C.C.: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_  
Cedula de ciudadanía: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \_\_\_\_\_  
Empresa empleadora: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono(s): \_\_\_\_\_  
Trabajador independiente (profesión u oficio): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al **CONSORCIO CLINICA EMMAUUEL 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 cumplimiento 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 eualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe 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 denvar, 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 Radny Stella Wilks Góngol  
C.C.: 400140311  
Firma: [Firma]

<div style="text-align: center;">  <p>Ministerio de Salud República de Cuba</p> </div>		
<h2>FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</h2>		
Documento Controlado	Original: 21/12/2016	Versión: 01
FR- GFCT -01	Actualización: --/------	Página 1 de 2

389 F

4/0

Por

**Por**

Por

for

## Notes

del ano

de comércio,

Y/O

**Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy**

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

Y/O

**Y HABILITACION INFANTIL S.A.S** conforme con las siguientes instrucciones:

**paciente** \_\_\_\_\_ **quien ingreso con fecha**

2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

**cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.**

Nombre del paciente: YIPOR DAVIA WILKES

1

Spencer