Correro Clinica Emmanuel FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Francie. Inde Control FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 1 de 2

Valaratura >	111	O1 /	PAGAR	E No. 🖳	1797	
fo/nosotros: 	Yolima Fierro	Chacon	y/o			identifica
do(s) como apai	rece al pie de mi (nu	estras) firma(s), declar	ramos: PRIMERO: qu	e somos deudor	es incondi	cionales de
	INICA EMMNAUEL y/					
	REHABILITACION Y H		TIL S.A.S en adelante s	simplemente el aci	reedor, por	la cantidad
Por capital:	 					
Por intereses de	plazo:a: a la máxima autorizad					Por
intereses de mora	i: a la máxima autorizad	da por las autoridades n	nonetarias:			
otros gas	tos: r dicha suma de dinero a					Nos
obligamos a paga al tenedor de este	r dicha suma de dinero a e pagare, el día	l acreedor en sus oficina de	es de Bogotá D.C., en la del añ	Carrera 22 no. 14 0	2-63, o en _ SEGUN	su orden, o DO: que a
	fecha, sobre las oblig					
autorizada por las	autoridades monetaria:	s. TERCERO: que en c	aso de cobro judicial o	extra judicial de	este pagar	e serán de
nuestro cargo los	gastos y costos que por	dicha cobranza se ocasi	ionen, así como el valor	del impuesto de t	timbre, si h	ay lugar de
él. CUARTO: a p	partir de la fecha de la	respectiva demanda ju	dicial, sobre los interes	es pendientes, de	ebidos con	un año de
anterioridad o má	s, pagaremos intereses a	a la máxima tasa fijada ¡	para la mora. QUINTO :	los honorarios de	e abogado,	en caso de
arreglo directo o	de pago a la etapa prej	judicial, se establecen e	n un 20% sobre el val	or de la obligació	n más sus	accesorios.
	n de nuestro cargo los in					
	ecesario. Este pagaré se					
	EMANUEL S.A.S., y/					
	idad con las instruccion		parte hemos impartido	para tal efecto, o	de conform	idad con lo
	ículo 622, inciso 2 del có				Mir	
Firma(c):	Ema Lierro C	Charpio via			·	Ecto
nagará corá lle	unado por al acroad	or do conformidad	do la carta do ir	ochruscionos au	2 60 6146	Este
pagare sera ne	nado por el acreed	or, de comornidad	ue la carta de li	isu ucciones, que	e se sus	cribe noy
		_		The Banks of the	3	
	CARTA DE INSTRUC	CCIONES PARA LLENA	R PAGARE CON ESPA	CIOS EN BLANC	0	
	200 A 18 A				3.5	
Bogotá, D.C., yo,		2.100.00	a. ".)	v/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,			5 m. Çuşiy		i vi	y/o
Nosotros,	no aparece al pie de nue	- ini	os a CONSORCIO CLIM	ICA EMMNAUEI	L y/o al II	
Nosotros,identificado(s) con NACIONAL DE I	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI	os a <mark>CONSORCIO CLIM</mark> UEL INSTITUTO DE R	EHABILITACIO	N Y HABI	NSTITUTO LITACION
Nosotros,identificado(s) con NACIONAL DE I	no aparece al pie de nue	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI	os a <mark>CONSORCIO CLIM</mark> UEL INSTITUTO DE R	EHABILITACIO	N Y HABI	NSTITUTO LITACION
Nosotros,	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI en blanco del pagare	os a CONSORCIO CLIM UEL INSTITUTO DE R distinguido con el No	REHABILITACIO	N Y HABI	NSTITUTO LITACION que en la
Nosotros,	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANU en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON	os a CONSORCIO CLIM UEL INSTITUTO DE R distinguido con el No. SORCIO y/o al INST	EHABILITACION	AL DE DE	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS
Nosotros,	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios rito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones:	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANU en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON TITUTO DE REHABIL	os a CONSORCIO CLIMUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA	EHABILITACION ITUTO NACION CION INFANTIL	AL DE DE	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE II INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instrantical valor del cap	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANU e en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON STITUTO DE REHABIL que por hospitalización,	os a CONSORCIO CLIMUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y l	EHABILITACION TOTO NACION CION INFANTIL nospital día, servic	AL DE DE S.A.S concios prestad	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instractional valor del cap médicos adscritos	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q a la institución, medica	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON STITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona	os a CONSORCIO CLIMUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi	EHABILITACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in	AL DE DE L S.A.S con cios prestac nmuebles),	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instractivation 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador	no aparece al pie de nue per le lenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total que a la institución, medica es y demás gastos que	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANU en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ETITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona ese haya incurrido por	os a CONSORCIO CLIMUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la perma	EHABILITACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO	AL DE DE S.A.S con cios prestac nmuebles), DNSORCIO	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instractional valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total que a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s e haya incurrido por IONAL DE DEMENCI	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S.	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU	AL DE DE S.A.S contions prestac innuebles), prinsorcio iel Insti	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instractional valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total que a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANU en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ETITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona ese haya incurrido por	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S.	EHABILITACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO	AL DE DE S.A.S contions prestac innuebles), prinsorcio iel Insti	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instractional valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total que a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s e haya incurrido por IONAL DE DEMENCI	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S.	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU	AL DE DE L S.A.S con cios prestac nmuebles), NSORCIO EL INSTI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instraction adscritos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total que a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON STITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S.	ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e inencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S	AL DE DE L S.A.S con cios prestac nmuebles), NSORCIO EL INSTI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instr 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios rito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total que a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NACION Y	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S. ACION	ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e inencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S	AL DE DE L S.A.S con cios prestac nmuebles), NSORCIO EL INSTI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE II INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/or REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de manacion se manacion de manacion e manacio	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI S en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON STITUTO DE REHABIL Que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT	os a CONSORCIO CLIMUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la perma IAS EMANUEL S.A.S. ACION	ITUTO NACION CION INFANTIL nospital día, service enes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres	AL DE DE L S.A.S con cios prestac nmuebles), NSORCIO EL INSTI S; so con	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instr 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de m Así mismo-me (no	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y azo: ora a la máxima tasa per s) obligo (obligamos) a p	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ETITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona ese haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT mitida por las autoridado agar los gastos de las c	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la perma IAS EMANUEL S.A.S. ACION	ITUTO NACION CION INFANTIL TOSPITAI día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres	AL DE DE L S.A.S con cios prestac numuebles), NSORCIO EL INSTI S; so con	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de plas intereses de masí mismo me (no El pagare será iler	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y azo: ora a la máxima tasa per s) obligo (obligamos) a p ado de acuerdo con est	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON STITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT mitida por las autoridado agar los gastos de las o as instrucciones, si al m	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S. ACION	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, service enes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres Idicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE L S.A.S con cios prestac numuebles), NSORCIO EL INSTI S; so con	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de plas intereses de masí mismo me (no El pagare será iler	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y azo: ora a la máxima tasa per s) obligo (obligamos) a p	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON STITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT mitida por las autoridado agar los gastos de las o as instrucciones, si al m	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S. ACION	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, service enes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres Idicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE L S.A.S con cios prestac numuebles), NSORCIO EL INSTI S; so con	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instr 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de m Así mismo me (no El pagare será ller cancelada en su to	no aparece al pie de nue DEMENCIAS EMANUEL para llenar los espacios crito a favor de CLINI , y/o EMMANUEL INS ucciones: ital será la suma total q a la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y azo: ora a la máxima tasa per s) obligo (obligamos) a p ado de acuerdo con est talidad, o por el saldo en	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT mitida por las autoridado agar los gastos de las co as instrucciones, si al me acaso de que se haya he	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la perma IAS EMANUEL S.A.S. ACION es monetarias. obranzas prejudicial y ju comento de la salida del echo abono a tal cuenta.	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres rdicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE S.A.S concios prestace numuebles), NSORCIO SEL INSTIS; so conque haya le brado la cu	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha ugar a ello, enta no es
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos susc EMANUEL S.A.S. las siguientes instr 1.El valor del cap médicos adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de m Así mismo me (no El pagare será ller cancelada en su to	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total qua la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI s en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABIL que por hospitalización, mentos, daños ocasiona s se haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT mitida por las autoridado agar los gastos de las co as instrucciones, si al me acaso de que se haya he	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S. ACION	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres rdicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE S.A.S concios prestace numuebles), NSORCIO SEL INSTIS; so conque haya le brado la cu	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction addices adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de placemanuel 1. Intereses de masí mismo me (no El pagare será ller cancelada en su to Firma pagare per la seria de control de la pagare per la control de la pagare será ller cancelada en su to Firma pagare per la control de la pagare per la control de la pagare per la control de la pagare será ller cancelada en su to firma pagare per la control de la pagare per la pagare	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios rito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total qua la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NACN Y	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI S en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABILIQUE por hospitalización, mentos, daños ocasiona es en haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y h ados a la institución (bi concepto de la perma IAS EMANUEL S.A.S. ACION es monetarias. obranzas prejudicial y ju comento de la salida del echo abono a tal cuenta.	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres rdicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE S.A.S concios prestace numuebles), NSORCIO SEL INSTIS; so conque haya le brado la cu	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha ugar a ello, enta no es
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction addices adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de masí mismo me (no El pagare será ller cancelada en su to Firma pagal Parido C.C.: 10793 o Control Contr	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios rito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total qua la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y azo: ora a la máxima tasa per so obligo (obligamos) a pado de acuerdo con est talidad, o por el saldo en aciente:	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI S en blanco del pagare ICA EMMNAUEL CON ITITUTO DE REHABIL QUE por hospitalización, mentos, daños ocasiona es haya incurrido por IONAL DE DEMENCI HABILIT	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y hados a la institución (bi concepto de la perma IAS EMANUEL S.A.S. ACION es monetarias. obranzas prejudicial y ju comento de la salida del echo abono a tal cuenta.	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres rdicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE S.A.S concios prestace numuebles), NSORCIO SEL INSTIS; so conque haya le brado la cu	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha ugar a ello, enta no es
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction addices adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de masí mismo me (no El pagare será ller cancelada en su to Firma pagare por la como la co	no aparece al pie de nue permencias emanuel para llenar los espacios rito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total qua la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NACION Y azo: ora a la máxima tasa per so obligo (obligamos) a pado de acuerdo con est talidad, o por el saldo en aciente: 40 46 47 46 46 46 46 46 46 46 46 46 46 46 46 46	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI S en blanco del pagare di CA EMMNAUEL CON ETITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE DEMENCI HABILITUTO DE DEMENCI HABILITUTO DE DEMENCI HABILITUTO DE COMPANION DE DEMENCI HABILITUTO DE COMPANION	os a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y h ados a la institución (bi concepto de la perma IAS EMANUEL S.A.S. ACION es monetarias. obranzas prejudicial y ju comento de la salida del echo abono a tal cuenta.	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres rdicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE S.A.S concios prestace numuebles), NSORCIO SEL INSTIS; so conque haya le brado la cu	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha ugar a ello, enta no es
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S. las siguientes instraction addices adscritos cuotas moderador EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente 1. Intereses de pl 2. Intereses de masí mismo me (no El pagare será ller cancelada en su to Firma pagare por la como la co	no aparece al pie de nue per lenar los espacios crito a favor de CLINI, y/o EMMANUEL INSucciones: ital será la suma total qua la institución, medica es y demás gastos que al INSTITUTO NAC N Y azo: ora a la máxima tasa per so obligo (obligamos) a pado de acuerdo con estalidad, o por el saldo en aciente: 40 40 41 41 41 41 41 41 41 41	estras firmas, autorizamo S.A.S., y/o EMMANI S en blanco del pagare di CA EMMNAUEL CON ETITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE REHABILITUTO DE DEMENCI HABILITUTO DE DEMENCI HABILITUTO DE DEMENCI HABILITUTO DE COMPANION DE DEMENCI HABILITUTO DE COMPANION	es a CONSORCIO CLINUEL INSTITUTO DE R distinguido con el No SORCIO y/o al INST ITACION Y HABILITA consulta prioritaria y h ados a la institución (bi concepto de la permai IAS EMANUEL S.A.S. ACION es monetarias. obranzas prejudicial y ju comento de la salida del echo abono a tal cuenta. h () () () () () con	ITUTO NACION ITUTO NACION ICION INFANTIL nospital día, servicenes muebles e in nencia en el CO , y/o EMMANU INFANTILS.A.S quien ingres rdicial en caso de paciente ya nomi	AL DE DE S.A.S concios prestace numuebles), NSORCIO SEL INSTIS; so conque haya le brado la cu	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha ugar a ello, enta no es

Entrarid Inde

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZ	ADO:	S
		_

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: <u>Jolima Fierro Chacon</u> Cedula de ciudadanía: <u>55.067.192</u>
Estado Civil: 501 tera
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Macre
Empresa empleadora: Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): Prof. Salud Owpacional/Independiente
Dirección: Calle 7 # 6-65
Telefono(s): 3208660133 / 038 833 (564
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 Yolima Fierro Chacon
c.c.: 55,067.192
Firma: Yalimy fierro Chooon