# Filestri Indelessor

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

PAGA	RF	No.
r Aua	W.	140,

483 F

Yo/nosotros:		v/		identifica
	rece al ple de mi (nuestras) firm	na(s), declaramos: PRIMERO: qu	ue somos deudores incondicional	es de CONSORCIO
CLINICA EMM	MAUEL y/o al INSTITUTO N	ACIONAL DE DEMENÇIAS EN	ANUEL S.A.S., y/o EMMANU	EL INSTITUTO DE
REHABILITAC	CION Y HABILITACION IN	NFANTIL S.A.S en adelante	simplemente el acreedor, po	r la cantidad de:
				Por
capital:				Por
intereses de	plazo:			Por
intereses de m	ora: a la máxima autorizada p	or las autoridades monetarias:_		
eterne e	L-MARINA L			
obligamos a pa	gar dicha suma de dinero al ac	reedor en sus oficinas de Bogotá	D.C., en la Carrera 22 no. 142-6	i3, o en su orden, c
al tenedor de e	ste pagare, el dia	dede	del año \$	EGUNDO: que a
gastos y costos de la fecha de li intereses a la m prejudicial, se d impuestos que d lenado por CO EMMANUEL II en documento d comercio. Firma(s):	que por dicha cobranza se ceas a respectiva demanda judicial, s axima tasa fijada para la mora, establecen en un 20% sobre el causen este pagaré, quedado al INSORCIO CLINICA EMMINI NSTITUTO DE REHABILITAC a parte hemos impartido para 1	se en caso de cobro judicial o extilioner, así como el valor del impusobre los intereses pendientes, de QUINTO: los honorarios de abor valor de la obligación más sus a acreedor facultando para pagarlo NUEL y/o al INSTITUTO NACION Y HABILITACION INFAN al efecto, de conformidad con lo de conformidad de la ca	esto de timbre, si hay lugar de él bidos con un año de anterioridac rado, en caso de arregio directo d ccesorios. SEXTO: que serán d os por mi cuenta si fuere necesar IONAL DE DEMENCIAS EMA TIL S.A.S de conformidad con la dispuesto en el articulo 622, inc	CUARTO: a partir l o más, pagaremos o de pago a la etapa e nuestro cargo los lo. Este pagaré será NUEL S.A.S., y/o la instrucciones que ciso 2 del código de
pagare sera				
			. Sept. Malifield and all sections	1
	· < AP ANTAGARDINE	ONES PARA LLENAR PAGARE	750,0000 400 50	,
Bogotá, D.C., yo,	· < AP ANTAGARDINE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	CON ESPACIOS EN BLANCO	
Nosotros,	: - LANGESTANT	7 (96.5)	CON ESPACIOS EN BLANCO	y/o
Nosotros,	: - LANGESTANT	7 (96.5)	CON ESPACIOS EN BLANCO	y/o
Nosotros, *dentificado(s) ( .4ACIONAL DI	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S.	s firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT	CON ESPACIOS EN BLANCO  RCIO CLINICA EMMNAUEL Y  UTO DE REHABILITACION	/o al INSTITUTO
dentificado(s) d  AACIONAL DI INFANTIL S.A	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION	/o at INSTITUTO / HABILITACION gue en la fecha
Nosotros,	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e QUEL CONSORCIO y/o al INS	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y	/o at INSTITUTO / HABILITACIONque en la fecha
Nosotros,	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e QUEL CONSORCIO y/o al INS	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y	/o at INSTITUTO / HABILITACIONque en la fecha
infantil S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM Instrucciones:	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE	as firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS HABILITACION Y HABILITAC	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y NO	/o ai INSTITUTO / HABILITACION que en la fecha NCIAS EMANUEL e con las siguientes
identificado(s) ( AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM Instrucciones: 1.El vaior del ca	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INSTIT HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme Ia y hospital día, servicios presta	/o ai INSTITUTO / HABILITACIONque en la fecha NCIAS EMANUEL e con las siguientes
identificado(s) of AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones:  1.El vaior dei ca adscritos a la i	como apareca al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dañ	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS: HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar os ocasiónados a la institución	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (à y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles).	/o at INSTITUTO / HABILITACION     que en la fecha NCIAS EMANUEL con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas
Nosotros, dentificado(s) o AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bí a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dan demás gastos que se haya inci-	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INSTIT HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar ios ocasiónados a la institución irrido por concepto de la permar	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital dia, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), encia en el CONSORCIO CLI	y/o  /o at INSTITUTO / HABILITACION     que en la fecha NCIAS EMANUEL e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL
Nosotros, dentificado(s) o AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT	como apareca al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dar demás gastos que se haya inci-	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS: HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar os ocasiónados a la institución urrido por concepto de la permar	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. ITITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLI	y/o / habilitacion     que en la fecha NCIAS EMANUEL con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL
Nosotros,	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bla favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dandemás gastos que se haya incituto NACIONAL DE DEMENIO INFANTILS.A.S; del par	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INST HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar los ocasionados a la institución urrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. ITITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLI	y/o /o al INSTITUTO / HABILITACION     que en la fecha NCIAS EMANUEL con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL
Nosotros,	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dan demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENI N INFANTILS.A.S; del par on fecha	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INST HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar ios ocasionados a la institución unido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO	y/o /o al INSTITUTO / HABILITACION     que en la fecha NCIAS EMANUEL con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL
Nosotros,  'dentificado(s) o  AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM Instrucciones: 1.El valor del ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses del	como aparece al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para lienar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dar demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENI N INFANTILS.A.S; del par on fecha	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e EUEL CONSORCIO y/o al INS HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar ios ocasionados a la institución irrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. ITTUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme la y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLIN	y/o /o al INSTITUTO / HABILITACION     que en la fecha NCIAS EMANUEL con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL
Nosotros, identificado(s) of AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de	como apareca al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dan demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENIO NINFANTILS.A.S; del para plazo:	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTITI anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS: HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar los ocasiónados a la institución urrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y INO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLI IMANUEL INSTITUTO DE RE	y/o  /o al INSTITUTO / HABILITACION     que en la fecha NCIAS EMANUEL e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL HABILITACION Y
Nosotros, identificado(s) of AACIONAL DI INFANTIL S.A. hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de Así mismo me (i	como apareca al pie de nuestra E DEMENCIAS EMANUEL S. S para llenar los espacios en bi a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE pital será la suma total que por institución, medicamentos, dan demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENIN INFANTILS.A.S; del para fecha piazo:  e mora a la máxima tasa permitinos) obligo (obligamos) a pagar	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTITI anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS: HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar los ocasionados a la institución urrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente  da por las autoridades monetaria los gastos de las cobranzas prej	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLII IMANUEL INSTITUTO DE RE	y/o  / o at INSTITUTO / HABILITACION
Nosotros,  'dentificado(s) of  AACIONAL DI INFANTIL S.A. hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de Así mismo me (o pagare será ller	como aparece al pie de nuestra  E DEMENCIAS EMANUEL S.  S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE  pital será la suma total que por institución, medicamentos, dar demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENI N INFANTILS.A.S; del pai in fecha e plazo: e mora a la máxima tasa permita nos) obligo (obligamos) a pagar nado de acuerdo con estas ins	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INST HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar ios ocasiónados a la institución urrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En dente da por las autoridades monetaria r los gastos de las cobranzas prejutrucciones, si al momento de la	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLII (MANUEL INSTITUTO DE REI S. udiciai y judicial en caso de que i salida del paciente ya nombrar	y/o  / o at INSTITUTO / HABILITACION
Nosotros,  'dentificado(s) of  AACIONAL DI INFANTIL S.A. hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de Así mismo me (o pagare será ller	como aparece al pie de nuestra  E DEMENCIAS EMANUEL S.  S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE  pital será la suma total que por institución, medicamentos, dar demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENI N INFANTILS.A.S; del pai in fecha e plazo: e mora a la máxima tasa permita nos) obligo (obligamos) a pagar nado de acuerdo con estas ins	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTITI anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS: HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar los ocasionados a la institución urrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente  da por las autoridades monetaria los gastos de las cobranzas prej	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLII (MANUEL INSTITUTO DE REI S. udiciai y judicial en caso de que i salida del paciente ya nombrar	y/o  / o at INSTITUTO / HABILITACION
Nosotros,  'dentificado(s) of AACIONAL DI INFANTIL S.A. hemos suscrito S.A.S., y/o EM instrucciones:  1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de 2. Intereses de 2. Intereses de 2. Intereses de 3. Intereses de 4. Intereses de 5. Intereses de 6. Intereses	como aparece al pie de nuestra  E DEMENCIAS EMANUEL S.  S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA IMANUEL INSTITUTO DE RE  pital será la suma total que por institución, medicamentos, dañ demás gastos que se haya inci UTO NACIONAL DE DEMENI N INFANTILS.A.S; del pai in fecha piazo: mora a la máxima tasa permiti nos) obligo (obligamos) a pagar nado de acuerdo con estas ins i totalidad, o por el saldo en cas	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INST HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar ios ocasionados a la institución iorido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente  da por las autoridades monetaria r los gastos de las cobranzas prej trucciones, si al momento de la co de que se haya hecho abono a	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. FITUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (a y hospital día, servicios prestar (bienes muebles e inmuebles), encia en el CONSORCIO CLII (MANUEL INSTITUTO DE REI  s. udiciai y judicial en caso de que i salida del paciente ya nombrar tal cuenta.	y/o  // ABILITACION     que en la fecha     NCIAS EMANUEL     con las siguientes  dos por los médicos     copagos y cuotas     NICA EMMNAUEL     HABILITACION Y  haya lugar a elio. El     fo la cuenta no es
Nosotros, identificado(s) of AACIONAL DI INFANTIL S.A. hemos suscrito S.A.S., y/o EM Instrucciones; 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de 3. Intereses de 5. Intereses de 6. Intereses de 7. Intereses de 8. Intereses de 8. Intereses de 9. Intereses d	como aparece al pie de nuestra  E DEMENCIAS EMANUEL S.  S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA  IMANUEL INSTITUTO DE RE  pital será la suma total que por institución, medicamentos, dan demás gastos que se haya inci  UTO NACIONAL DE DEMENI  N INFANTILS.A.S; del para en fecha e plazo: e mora a la máxima tasa permiti nos) obligo (obligamos) a pagar nado de acuerdo con estas insi totalidad, o por el saldo en cas	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e UEL CONSORCIO y/o al INS HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar los ocasionados a la institución irrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente da por las autoridades monetaria los gastos de las cobranzas prejutrucciones, si al momento de la co de que se haya hecho abono a	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. ITIUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLII (MANUEL INSTITUTO DE REI  s. udicial y judicial en caso de que l salida del paciente ya nombrae tal cuenta.	y/o  // ABILITACION     que en la fecha     NCIAS EMANUEL     con las siguientes  dos por los médicos     copagos y cuotas     NICA EMMNAUEL     HABILITACION Y  haya lugar a elio. El     fo la cuenta no es
Nosotros,  'dentificado(s) o  AACIONAL DI INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EM Instrucciones: 1.El vaior dei ca adscritos a la i moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co 1. Intereses de 2. Intereses de Así mismo me (o pagare será ller cancelada en su Firma paciente: C.C.: Firma responsal	como aparece al pie de nuestra  E DEMENCIAS EMANUEL S.  S para llenar los espacios en bl a favor de CLINICA EMMNA  IMANUEL INSTITUTO DE RE  pital será la suma total que por institución, medicamentos, dan demás gastos que se haya inci  UTO NACIONAL DE DEMENI  N INFANTILS.A.S; del para en fecha e plazo: e mora a la máxima tasa permiti nos) obligo (obligamos) a pagar nado de acuerdo con estas insi totalidad, o por el saldo en cas	is firmas, autorizamos a CONSO A.S., y/o EMMANUEL INSTIT anco del pagare distinguido con e cuel CONSORCIO y/o al INS HABILITACION Y HABILITAC hospitalización, consulta prioritar los ocasiónados a la institución urrido por concepto de la permar CIAS EMANUEL S.A.S., y/o En ciente da por las autoridades monetaria r los gastos de las cobranzas prejutrociones, si al momento de la so de que se haya hecho abono a	RCIO CLINICA EMMNAUEL Y UTO DE REHABILITACION Y I NO. ITIUTO NACIONAL DE DEME ION INFANTIL S.A.S conforme (bienes muebles e inmuebles), iencia en el CONSORCIO CLII (MANUEL INSTITUTO DE REI  s. udicial y judicial en caso de que l salida del paciente ya nombrae tal cuenta.	/o ai INSTITUTO / HABILITACIONque en la fecha NCIAS EMANUEL e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEL HABILITACION Y

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

Datne na	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
	riciales de quientes) ratin a austrian pagare 7 corta de maraceonico.
	c cludadanía:
	MI:
	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
	empieadora:
Dirección	8 <u>"</u>
Teléfono	(s): The state of
Trabajad	or independence (processor is official) at the second seco
Dirección	e construires de principal des sich ander den der
	(s):
Declaro o	que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO A EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE LITACION 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 credito
В.	Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el dimplimento 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.  Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
C.	SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas
	puedan trataria, analizaria dissificaria y luego suministraria a dichas centrales.
D.	Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
	necesario señatado 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.
veras, o	ización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a comoborar en cualquier tiempo que la información suministrada es ompieta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se de le constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.
fines dif	ización anterior no permite a (la entidad) y a <u>las centrales de información</u> de riesgo divulgar la información mencionada para erentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas entes el cumplimiento de mis deberes constitucionales lógales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos ticos, conclusiones de ellas.
	haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo nos y sus implicaciones.
Nombre	
C.C.:	20738203 Madrid
Firma:	Mag lucia Claviro Barreto