## Eminantiel | Philippe

<b>FORMATO</b>	PAGARE	<b>PARA</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>HOSPITA</b>	LIZAD	0.5
					,	

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Volnoseture A	lia S. do Bei	201608		PAGARE No.	1824 B	
do(s) como lápare CONSORCIO CLII	ce al pie de mi (nuo NICA EMMNAUEL y/o	estras) firma(s), dec o al INSTITUTO NA	laramos: PRIM CIONAL DE D	MERO: que somo	NIEL SAS	V/O EMMANUE
INSTITUTO DE R	EHABILITACION Y H	ABILITACION INFA	NTIL S.A.S en	adelante simpleme	ente el acreed	or, por la cantida
Por capital:						<del></del> -
Por intereses de pl	2701				-	
intereses de mora:	a la máxima autorizad	a por las autoridades	monetarias:			Po
otros gasto	S:					Ala.
al tenedor de este p	dicha suma de dinero al pagare, el día	de		del año	SI	EGUNDO: que a
autorizada por las a nuestro cargo los ga él. <b>CUARTO:</b> a pa anterioridad o más,	echa, sobre las obliga autoridades monetarias astos y costos que por e rtir de la fecha de la r pagaremos intereses a e pago a la etapa preju	. <b>TERCERO:</b> que en dicha cobranza se oca respectiva demanda la máxima tasa fijad	caso de cobro esionen, así com judicial, sobre l e para la mora.	judicial o extra ju no el valor del impro os intereses pend QUINTO: los hon	idicial de este uesto de timbi ientes, debido orarios de abo	e pagare serán de re, si hay lugar de os con un año de ogado, en caso de
cuenta si fuere nece DE DEMENCIAS E S.A.S de conformid dispuesto en el artíc	de nuestro cargo los im esario. Este pagaré ser EMANUEL S.A.S., y/o ad con las instruccione ulo 622, inciso 2 del cód	puestos que causen e á llenado por CONSO EMMANUEL INST s que en documento ligo de comercio.	este pagaré, que PRCIO CLINIC ITUTO DE RE a parte hemos	edado al acreedor A EMMNAUEL y, HABILITACION impartido para tal	facultando par fo al INSTIT  Y HABILITA  l efecto, de co	ra pagarlos por m UTO NACIONAL CION INFANTIL onformidad con lo
Firma(s):		y/o				Fst <i>e</i>
pagaré será llena	ado por el acreedo	r, de conformidad	de la cart	a de instruccio	nes, que s	e suscribe hoy
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,	CARTA DE INSTRUCC		<u></u>	A Library Section 1		y/o
INFANTIL S.A.S particular fecha hemos suscritemanuel S.A.S., y las siguientes instructival. El valor del capital médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o a REHABILITACION	aparece al pie de nues MENCIAS EMANUEL  ara ilenar los espacios o a favor de CLINIO  //o EMMANUEL INST  ciones:   será la suma total qu la institución, medicam y demás gastos que il INSTITUTO NACIO  Y  JO JOO B	S.A.S., y/o EMMAN en blanco del pagare CA EMMNAUEL CO ITUTO DE REHABI e por hospitalización entos, daños ocasion se haya incurrido po DNAL DE DEMENO	distinguido con NSORCIO y/o LITACION Y H n, consulta prio nados a la instil r concepto de CIAS EMANUE	TO DE REHABIL  n el No.  al INSTITUTO  IABILITACION I  ritaria y hospital o  cución (bienes mu  la permanencia el  L S.A.S., y/o E	NACIONAL I NFANTIL S.A lía, servicios pebies e inmue	que en la permencias de DEMENCIAS conforme con prestados por los bles), copagos y proceso con contra con contra con contra con contra c
1. Intereses de plazo	):				<del></del>	
Así mismo me (nos) o El pagare será llenad	a a la máxima tasa perm obligo (obligamos) a pa o de acuerdo con estas idad, o por el saldo en c	gar los gastos de las instrucciones, si al r	cobranzas preju nomento de la :	salida del paciente	caso de que l ya nombrado	naya lugar a ello. la cuenta no es
	ente:	aso de que se naya n	ecito abolio a ta	Nombre	del	naciontos
					uci	paciente:
C.C.: Firma responsable:	Ofelia St	dede		<del></del>		
Mombre del reconnect	ofelia-5	de Beaun	1-/			<del></del>
	Ofelia Silva	5426 · B	125			



	FORMATO	PAGARE PARA	<b>PACIENTES</b>	HOSPITALIZADOS
--	---------	-------------	------------------	----------------

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 0
	#

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: ofelia 5. de Beaume
Cedula de ciúdadanía: 41656426 -
Estado Civil:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): per sionada  Dirección: Uda Rio freo pra Lub Hda Conf. Eranita C#3
Telefono(s): 8796640
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:
<ul> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación e indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi etición.
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada ara fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades úblicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, nediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
eclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo us alcances y sus implicaciones.
ombres Ofelia Sodo Bosame
ombres Ofilia S. de Bezierne C: 1656476 "
- Mei (ABADOCCO)