## Corcers Eknica Enunanuel Ediniei Inde Correction

ED.	- THRL -	- ∩4
11/	_ 1111XF .	דט י

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Versión: 01 Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/---Página 1 de 2

Yo/nosotros=1-12 Ma	mna Rex	eda.	y/o		1769 B	identifica
do(s) como aparece al p CONSORCIO CLINICA E INSTITUTO DE REHABI	pie de mi (nuestra MMNAUEL y/o al LITACION Y HABI	is) firma(s), declar INSTITUTO NACI LITACION INFAN	ONAL DE DEMENC FIL S.A.S en adelant	IAS EMANUE	L S.A.S., y/c	EMMANUEL
					· · ·	
Por capital: Por intereses de plazo: Intereses de mora: a la m						Por
intereses de piazo	ávima autorizada ov	or lac autoridados n	nonetariac:			FOI Por
otros gastos:	axiiila autorizada po	i ias autoridades ii	iorictarias			Nos
obligamos a pagar dicha su	ıma de dinero al acr	eedor en sus oficina	s de Bogotá D.C., en	la Carrera 22	no. 142-63. o	
al tenedor de este pagare	el día	de	del	ลทีด	SEGL	INDO: que a
partir de esta fecha,	sobre las obligacio	nes insultas v los	gastos pagaremos ir	itereses moral	orios a la tas	sa de máxima
autorizada por las autorida nuestro cargo los gastos y él. CUARTO: a partir de anterioridad o más, pagare arreglo directo o de pago SEXTO: que serán de nue cuenta si fuere necesario. DE DEMENCIAS EMANU S.A.S de conformidad con	costos que por dich la fecha de la resp emos intereses a la r a la etapa prejudic stro cargo los impue Este pagaré será lle JEL S.A.S., y/o En las instrucciones que	ERCERO: que en ca cobranza se ocasi ectiva demanda ju máxima tasa fijada pala, se establecen estos que causen estado por CONSOFUMANUEL INSTITUE en documento a	aso de cobro judicial onen, así como el va dicial, sobre los interpara la mora. QUINT n un 20% sobre el va pagaré, quedado a RCIO CLINICA EMMUTO DE REHABILI	o extra judic lor del impuest reses pendient O: los honora valor de la obl I acreedor facu INAUEL y/o a ITACION Y F	ial de este pa to de timbre, s tes, debidos o rios de abogac ligación más s ultando para p al INSTITUTO IABILITACIO	gare serán de si hay lugar de on un año de do, en caso de sus accesorios. agarlos por mi O NACIONAL INFANTIL
dispuesto en el artículo 622	l, inciso 2 del código	de comercio.			· ·	
Firma(s):		v/o				Este
pagaré será llenado p	or el acreedor	de conformidad	de la carta de	instrucciones	. que se	suscribe hov
CART	A DE INSTRUCCIO	NES PARA LLENA	R PAGARE CON ESI	PACIOS EN B	LANCO	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Bogotá,D.C.,vo.	Karata da Barana da B			-17% 43		y/o
Bogotá,D.C.,yo,	North Control		·			
identificado(s) como apare NACIONAL DE DEMENO INFANTIL S.A.S para ller fecha hemos suscrito a fa EMANUEL S.A.S., y/o El las siguientes instrucciones 1.El valor del capital será médicos adscritos a la insi cuotas moderadores y der EMMNAUEL y/o al INSI REHABILITACION paciente	TAS EMANUEL S.A nar los espacios en avor de CLINICA MMANUEL INSTIT : la suma total que publicación, medicamen más gastos que se	A.S., y/o EMMANI blanco del pagare EMMNAUEL CON UTO DE REHABIL  por hospitalización, tos, daños ocasiona haya incurrido por	JEL INSTITUTO DI distinguido con el No SORCIO y/o al IN ITACION Y HABILI  consulta prioritaria ados a la institución concepto de la peri IAS EMANUEL S.A	E REHABILIT  STITUTO NA TACION INF  y hospital día, (bienes muebl manencia en e	ACION Y HA ACIONAL DE ANTIL S.A.S  servicios preses e inmueble CONSORO MANUEL INS	due en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA
Intereses de plazo:     Intereses de mora a la	(obligamos) a paga acuerdo con estas ir	r los gastos de las c estrucciones, si al m	obranzas prejudicial y omento de la salida	del paciente y		
Firma paciente:  C.C.:  Firma responsable:  Nombre del responsable;	proja	real of .		Nombre	del	paciente:
c.c2-36 3-99 6	15	de MVZ	os podac	CA)		

## 

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:					
Nombres: LE Marina Parda					
Cedula de ciudadanía: 23' 799 603.					
Estado Civil: Dur Derceada.					
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:					
Empresa empleadora:					
Dirección:					
Teléfono(s):					
Trabajador independiente (profesión u oficio):					
Dirección: Telefono(s):					
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 toz danna freda M					
c.c.: 231799 603;					
Firma: Ama X P					