Bogotá,D.C.,yo,\_\_\_ =

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

				ARE No.	51411	
1	Town der York	lonna	wo		ldent	lfica
Yo/nosotros:X/	of pie de mi (nuestras) firmat	(5), declaramos: PR	IMERO: que somos	deudores incondic	ionales de CONSOR	CIO
CLINICA EMMNAU REHABILITACION	Y HABILITACION INF	ANTIL S.A.S en	adelante simplem	ente el acreedor	, por la cantidad	de: Por
canital:						
intereses de plazo	·	1	on phariage	_		Por
otros gastos obligamos a pagar d	icha suma de dinero al acre	edor en sus oficina:	s de Bogotá D.C., er	a la Carrera 22 no.	142-63, o en su orde SEGUNDO: Q	en, o ue a
partir de esta feci- por las autoridades a gastos y costos que- de la fecha de la res- intereses a la máxim projudicial, se estab impuestos que caus- lienado por CONSO EMMANUEL INST: en documento a pa	na, sobre las obligaciones i monetarias. TERCERO: que por dicha cobranza se ocasio pectiva demanda judicial, so la tasa fijada para la mora. Q lecen en un 20% sobre el v en este pagaré, quedado al l DRCIO CLINICA EMMNA ITUTO DE REHABILITACI rte hemos impartido para la	en caso de cobro jonen, así como el va obre los intereses pe QUINTO: los honora valor de la obligació acreedor facultando UEL y/o al INST: CON Y HABILITAC al efecto, de conforma	udicial o extra judicialor del impuesto de endientes, debidos o arlos de abogado, er in más sus accesora para pagarlos por el ITUTO NACIONAL ION INFANTIL S. midad con lo dispue	al de este pagare si timbre, si hay lugar on un año de anteri n caso de arreglo di los. SEXTO: que so ni cuenta si fuere no DE DEMENCIAS A.S de conformidad sto en el articulo 6	erán de nuestro cargo de él. CUARTO: a joridad o más, pagardo recto o de pago a la élerán de nuestro cargo ecesario. Este pagardo EMANUEL S.A.S., li con las instruccione 22, inciso 2 del códio	po los partir emos etapa po los s será , y/o es que go de
confercio.		v/o		<u> </u>		Este
3Firma(s): pagaré será ilen	ado por el acreedor,	de conformidad	de la carta d	e instrucciones,	que se suscribe	
	CARTA DE INSTRUCCIO	NES PARA LLENA	AR PAGARE CON E	SPACIOS EN BLA	NCO	

## identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. \_\_\_ hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/O DI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O/EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITAÇION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente & Alison Ste Funio. Harting & struct quien ingreso con fecha x 29-07-20/8

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

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Cancelada en su totanodo, o por el sates en	
Firma paciente:	Nombre del paciente:
Firma responsable: YAM-ENCOUNTY TO YE MULT	
Nombre del responsable: Villa etterride y The Start	Entered Turnelly
c.c.:	<u> </u>

## Constant Indiana

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 do quien(es) va(n) a suscribly pagare y carta de Instrucciones:
Nombres: 1 Mauniles Lestinez. V.
Cedula de ciudadanía: 4/36767-5
Estado Civil: N. Sol Fero.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el pacienter <u>y</u> Paclec
Empresa empleadora:  Dirección: * Kho.   Viu Funzer Sebejio
Teléfono(s): 4 8215858.
rabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
elefono(s):
Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica 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 cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, se hublere, 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 período 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</li> </ul>
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.
a autorización anterior no mo impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de Información de la obligación de indicarme, Jando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis mesos anteriores de mi petición.
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para nes diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas empetentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos natemáticos, conclusiones de clias.
ectaro haber leído culdadosamente el contenido de esta cláusula y haberia comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo es alcances y sus implicaciones.  Ombres   (C) 1136 1-5759