FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Entiridades Página 2 do 2

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

SGO, PARA QUIEN SUSCRIBA		SARE No. 508 F
Yo/nosotros: And Maria Ovie	IARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	
do(s) como aparece al nie de mi (nuestr	as) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somo	a Yearth Ome Ome identifica
CLINICA EMMNAUEL V/o al INSTIT	UTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	s deudores incondicionales de CONSORCIO
REHABILITACION Y HABILITACION	ON INFANTIL S.A.S en adelante simplem	cente el acrosdor por la cartidad de
	and a deciding simpler	Por
capital:		Por
intereses de plazo:		Por
intereses de mora: a la máxima autori	zada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	SE 61.51 F. CHECKE	year on an in the season make the season the management of the party of the season of
obligamos a pagar dicha suma de dinen	o al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en	la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o
al telleuol de este pagare, el dia	de del	año SEGUNDO: QUO 3
partir de esta fecha, sobre las obliga	ciones insultas y los gastos pagaremos intereses	s moratorios a la tasa de mávimo autorizada
por las datoridades monetarias. I ERCE	KU: que en caso de conto judicial o extra judicia	de este nagaro corán de nuestra servicio
gastos y costos que poi dicha cobranza:	se ocasionen, asi como el valor del impuesto de t	timbre si hay lugar de ál CHADTO, a navia
ac la recita de la respectiva dell'allua jul	alcidi, sopre los intereses pendientes dehidos co	in un año de anterioridad o más massares
intereses a la maxima tasa mada para la	mora. OUINTO : los honorarios de abogado en	caso de arregio directo o do pago a la otana
prejudicial, se establecell ell ull 2070 se	Dure el valor de la obligación más sus accesorio	SEYTO: que serán de nuestre entre las
impuestos que causen este pagare, que	lado al acreedor facultando para pagarlos por mi	Cuenta di fuere nococario. Este necesió and
inclided bot CONSORCIO CLIMICA E	MMNAUEL V/O AL INSTITUTO NACTONAL	DE DEMENCIAS EMANUEL CAC
en documento a parte hemos impartido	LITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.	.S de conformidad con las instrucciones que
comercio.	para tal efecto, de conformidad con lo dispuest	to en el articulo 622, inciso 2 del código de
1 1000 1 0	trale de les la información relevant	A Consultate of 100 a c 100M
Firma(s): And Modiedo O	me yo umingeni	TV WC V . To to build Ecto
pagaré será llenado por el acre	edor, de conformidad de la carta de	instrucciones, que se suscribe hoy
alk is incomplete in the second	encial aun es o setambero encialmente aun e	instructiones, que se suscribe noy
ornoo offeques CARTA DE VAICTO	onnación veraz, pedipento, completa actualiza-	in this represent acres as a social let
JANU ,	UCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESI	PACIOS EN BLANCO
Bogotá, D.C., yo,	las centrales de reado de manera directa	Coly Envise to information secucionada a
Nosotros, and an analysis of the new section of the	dender adblicas que era cen funciones de vigila-	ne particle as least a transfer Mississippi de
identificado(s) como aparece al pie de n	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI	LINICA EMMNAUEL V/O AL INSTITUTO
MACTONAL DE DEMENCIAS EMANO	EL S.A.S., V/O EMMANUEL INSTITUTO DE	F REHABILITACION V HARTITTACION
TIVE ANTILL S.A.S para Henar los espacios	en blanco del pagare distinguido con el No	and the same of the same of the same on the factor
icinos suscito a lavor de CLINICA E	MMNAUEL CONSORCIO V/o al INSTITUTO	NACTONAL DE DEMENICTAC EMANUEL
SIVIS" ALO EMMAMADEL TAZITIOIO	DE REHABILITACION Y HABILITACION INI	FANTIL S.A.S conforme con las siguientes
1. El valor del capital será la suma total qu	e por hospitalización, consulta prioritaria y hosp	ital dia convicios prostados por los módicos
duscritus a la institución, medicamento	s, danos ocasionados a la institución (hienes	muchles a inmuchles) consens y quotas
moderadores y demas gastos que se na	d incurrido por concepto de la permanencia en	A CONSODCTO CI TNICA EMMNALIEI
ALO BETHASITIOIO MACTONAL DE DE	MENCIAS EMANUEL S.A.S., v/o FMMANUE	INSTITUTO DE DEHADILITACIONI V
INDILITIACION INFANTILS.A.S; OF	el paciente	es sinotaid im otheron nears, shis of ou ohne
dicit ingreso con recha		(4)
	uvib pozos se necestro i est competante v ()	a autorización anterior no permite a (la entidad
Intereses de mora a la máxima tasa p	permitida por las autoridades monetarias.	res diferentes, primero, a evaluar los riesgos d
Asi mismo me (nos) obligo (obligamos) a	pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y i	judicial en caso de que hava lugar a elle El
raudic scia liciadu de achenin ron est	as instructiones of al momento de la celide d	
ancelada en su totalidad, o por el saldo	en caso de que se haya hecho abono a tal cuent	ta.
Firma paciente:		
C.C.:	Nombre del paciente: de	Acting acadepan edge y escalisate et
irma responsable:	06	2 3 Chine Cook andmo
Nombre del responsable: And Mari	3 Oviedo Ome	CALCOTE ACC.
.c.: 1733693 338	de Booota	
		- Control



Página 1 de 2

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

	29/06/2017	
original.	23/00/2011	

Actualización: --/--/---

Versión: 01

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: Maria Yenith Ome Ome	STREAM STREAMS AND ACTION
Cedula de ciudadanía: 26582 740	dell
Estado Civil: Soltera	reses de plazo:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Madre	reses de mora: a la máxima
Empresa empleadora:	comos a pagas dicha suma de
	enedor de este pagare, el dia
Teléfono(s): 288 3086 - 3214117511 - 3507397881	tir de esta fecha, sobre las
Trabajador independiente (profesión u oficio): Ama de (2)	las autoricipues monecanas. 11 tos y costos que por dicha cole
Dirección: eneg akm a beb a sum suo ana na una sona memalibrio perescini a sestia de la but an	a fecha de la respectiva desser-
Telefono(s): 6 0060 55 0 005518	abaji sasi smbam si sasa ilijada a

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.

Venith

C.C.:

582740 Firma: