Entrolliel Filmeril indelegrand

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

						1705	,	
	< 1 VA	orna das	· Eint	PA Á y/o Fa	GARE No.	1795		
Yo/nosotros:	DD / M/A/	do mi (nuoctro	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	A y/o 7-00 amos: PRIMÉRO	NO BOLION	K/W/SW	<u>/i</u> idei	ntifica
				ONAL DE DEMEN				
				IL S.A.S en adela				
					ne ompene	ito di derecco	or, por ia ca	riciada
Por capital:								
								Por
intereses de m	nora: a la máxim	na autorizada por	las autoridades m	onetarias:				Por
otros g	gastos:							Nos
obligamos a pa	igar dicha suma	de dinero al acree	edor en sus oficina:	s de Bogotá D.C., e	en la Carrera 2	2 no. 142-63	, o en su ord	đen, o
al tenedor de e	este pagare, el c	día	de	d∈	el año	Si	EGUNDO:	que a
partir de es	ita fecha, sobr	e las obligacione	es insultas y los e	gastos pagaremos	intereses mor	ratorios a la	tasa de m	áxima
autorizada por	las autoridades	monetarias, TER	CERO: que en ca	so de cobro judic	ial o extra jud	licial de este	e pagare ser	án de
				onen, así como el 1				
				licial, sobre los in				
				ara la mora. QUII				
				n un 20% sobre e				
				e pagaré, quedado				
				CIO CLINICA EM				
				UTO DE REHABI				
				parte hemos impa	rtido para tai	erecto, de ce	onformidad (con 10
dispuesto en ei		iso 2 del código d	e comercio.					
Firma(s):			y/o _			37 3		Este
pagaré será	llenado por	el acreedor, d	e conformidad	de la carta d	e instruccion	es, que s	e suscribe	hoy
			ju ki		To the Section			
		and the second s	FS PARA I I FNAI	PAGARE CON E	SPACIOS EN	RIANCO		
	CARTA DE	INSTRUCCION		R PAGARE CON E	SPACIOS EN	BLANCO		
Bogotá,D.C.,yo	CARTA DE	INSTRUCCION		R PAGARE CON E	SPACIOS EN	BLANCO	Ä	_y/o
Bogotá,D.C.,yo	CARTA DE	E INSTRUCCION	 				14	
identificado(s)	CARTA DE	INSTRUCCION ple de nuestras	îrmas, autorizamo	s a CONSORCIO	CLINICA EMI	MNAUEL y/		гито
identificado(s) - NACIONAL D	CARTA DE , como aparece al E DEMENCIAS	Pie de nuestras	îrmas, autorizamo S., y/o EMMANU	s a CONSORCIO	CLINICA EMI DE REHABILI	MNAUEL y/	HABILITA	TUTO CION
identificado(s) - NACIONAL D INFANTIL S.A	CARTA DE , como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le	pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en b	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare c	s a CONSORCIO IEL INSTITUTO I	CLINICA EMI DE REHABILI No	MNAUEL y/ ITACION Y	HABILITA que	TUTO CION en la
identificado(s) · NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor	pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en b de CLINICA E	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare c MMNAUEL CONS	s a CONSORCIO IEL INSTITUTO I distinguido con el I	CLINICA EMI DE REHABILI No INSTITUTO N	MNAUEL Y/ ITACION Y	HABILITA que DE DEMEN	TUTO CION en la CIAS
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA	pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en b de CLINICA E	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare c MMNAUEL CONS	s a CONSORCIO IEL INSTITUTO I	CLINICA EMI DE REHABILI No INSTITUTO N	MNAUEL Y/ ITACION Y	HABILITA que DE DEMEN	TUTO CION en la CIAS
identificado(s) · NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar li suscrito a favor A.S., y/o EMMA nstrucciones:	pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en bi de CLINICA E	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare c MMNAUEL CONS FO DE REHABILI	s a CONSORCIO IEL INSTITUTO I Iistinguido con el I SORCIO y/o al I ITACION Y HABI	CLINICA EMI DE REHABILI No INSTITUTO N LITACION IN	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./	HABILITAGE QUE DE DEMEN A.S conform	ruto CION en la CIAS e con
identificado(s) · NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su	pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en bi de CLINICA E NUEL INSTITU	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU ianco del pagare d MMNAUEL CONS FO DE REHABILI	s a CONSORCIO SEL INSTITUTO I distinguido con el I SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria	CLINICA EMI DE REHABILI No NSTITUTO N LITACION IN	MNAUEL y/ ITACION Y MACIONAL IFANTIL S./ a, servicios	HABILITA que DE DEMEN A.S conform prestados po	ruto CION en la CIAS e con
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscri	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor a.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucione como como como como como como como com	pie de nuestras le EMANUEL S.A.: os espacios en be de CLINICA E INUEL INSTITU	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare c MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el I SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritari dos a la institución	CLINICA EMIDE REHABILINONSTITUTO NILITACION IN a y hospital din (bienes mue	MNAUEL Y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ a, servicios bies e inmue	que que DE DEMEN A.S conform prestados prebles), copa	ruto CION en la CIAS e con or los gos y
identificado(s) - NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la instituciores y demás	pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en bi de CLINICA E INUEL INSTITU	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare c MMNAUEL CONS FO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el l SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institución concepto de la pe	CLINICA EMIDE REHABILINO	MNAUEL Y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ía, servicios bies e inmue	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII	CION en la CIAS e con or los gos y NICA
identificado(s) - NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTIT	pie de nuestras pie de nuestras espacios en be de CLINICA E NUEL INSTITU- uma total que po ón, medicamento gastos que se h-	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS FO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI.	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S.	CLINICA EMIDE REHABILINO. INSTITUTO N LITACION IN TO y hospital di To (bienes mue Ermanencia en A.S., y/o El	MNAUEL y/ ITACIONAL IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA D DE
identificado(s) - NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL S.A REHABILITAC	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION	pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E NUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S.	CLINICA EMIDE REHABILINO. INSTITUTO N LITACION IN a y hospital di a (bienes mue ermanencia en A.S., y/o EI	MNAUEL y/ ITACION Y IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S;	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados poebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del
identificado(s) - NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E INUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S.	CLINICA EMIDE REHABILINO. INSTITUTO N LITACION IN TO y hospital di To (bienes mue Ermanencia en A.S., y/o El	MNAUEL y/ ITACIONAL IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados poebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA D DE
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente SA	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION De Arcie	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E INUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S.	CLINICA EMIDE REHABILINO. INSTITUTO N LITACION IN a y hospital di a (bienes mue ermanencia en A.S., y/o EI	MNAUEL y/ ITACION Y IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S;	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente SA	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION DE A.C.; e. e plazo:	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A os espacios en bide CLINICA E INUEL INSTITUIMA total que poón, medicamento gastos que se hiuto NACIONA Y	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI CONTRA ONES	s a CONSORCIO JEL INSTITUTO I JISTINGUIDO CON EL I SORCIO Y/O al I STACION Y HABI CONSUITA prioritario dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S.	CLINICA EMIDE REHABILINO. INSTITUTO N LITACION IN a y hospital di a (bienes mue ermanencia en A.S., y/o EI	MNAUEL y/ ITACION Y IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S;	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscri cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente 5 2. Intereses de 2. Intereses de	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION Discrete de plazo: e mora a la máxima de la máxim	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A.: os espacios en bide CLINICA E NUEL INSTITUIMA total que poón, medicamento gastos que se hill TO NACIONA Y Y SENDIA	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS FO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI PO TE ABILITA por las autoridade	s a CONSORCIO IEL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al 1 TACION Y HABI consulta prioritario dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S ACION	CLINICA EMIDE REHABILINO	MNAUEL y/ ITACION Y IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente SA 1. Intereses de 2. Intereses de Así mismo me	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION DA DE	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E NUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y Y Y M	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r. hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L. DE DEMENCI HABILITA DO ABORDO por las autoridade os gastos de las co	s a CONSORCIO JEL INSTITUTO I JISTINGUIDO CON EL I SORCIO Y/O al I STACION Y HABI CONSUITA prioritario dos a la institución concepto de la pe AS EMANUEL S.	CLINICA EMIDE REHABILI No	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ia, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscri cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente SA 2. Intereses de Así mismo me o El pagare será	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION De De De plazo: e mora a la máxim (nos) obligo (obli llenado de acuer	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E NUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y Y & NN A una tasa permitida igamos) a pagar l rdo con estas inst	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r. hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA O A B por las autoridade os gastos de las co	s a CONSORCIO SEL INSTITUTO I SISTITUTO I SORCIO y/o al I STACION Y HABI Consulta prioritari dos a la institució concepto de la pe AS EMANUEL S. ACION S monetarias. Obranzas prejudicia	CLINICA EMIDE REHABILI No. NSTITUTO N LITACION IN a y hospital di n (bienes mue emanencia en A.S., y/o El INFANT quien	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ia, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscri cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente 5 2. Intereses de Así mismo me de El pagare será cancelada en su	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION De dici e e plazo: e mora a la máxim (nos) obligo (obli llenado de acuer u totalidad, o por	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E NUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y Y & NN A una tasa permitida igamos) a pagar l rdo con estas inst	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r. hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA O A B por las autoridade os gastos de las co	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institució concepto de la pe AS EMANUEL S ACION s monetarias. obranzas prejudicia omento de la salida	CLINICA EMIDE REHABILINO	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ia, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que ya nombrad	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a o la cuenta	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscri cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente SA 2. Intereses de Así mismo me o El pagare será	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION De De De plazo: e mora a la máxim (nos) obligo (obli llenado de acuer	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E NUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y Y & NN A una tasa permitida igamos) a pagar l rdo con estas inst	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r. hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA O A B por las autoridade os gastos de las co	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institució concepto de la pe AS EMANUEL S ACION s monetarias. obranzas prejudicia omento de la salida	CLINICA EMIDE REHABILI No. NSTITUTO N LITACION IN a y hospital di n (bienes mue emanencia en A.S., y/o El INFANT quien	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ia, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a o la cuenta	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente SA 2. Intereses de Así mismo me o El pagare será cancelada en su Firma	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION De dici e e plazo: e mora a la máxim (nos) obligo (obli llenado de acuer u totalidad, o por	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en b de CLINICA E NUEL INSTITU uma total que po ón, medicamento gastos que se h UTO NACIONA Y Y & NN A una tasa permitida igamos) a pagar l rdo con estas inst	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA por las autoridade os gastos de las co rucciones, si al mo de que se haya hec	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institució concepto de la pe AS EMANUEL S ACION s monetarias. obranzas prejudicia omento de la salida	CLINICA EMIDE REHABILINO	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ia, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que ya nombrad	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a o la cuenta	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del c médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente S.A 1. Intereses de 2. Intereses de Así mismo me c El pagare será cancelada en st Firma C.C.:	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar le suscrito a favor A.S., y/o EMMA estrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION D.S. e plazo: e mora a la máxim (nos) obligo (obli llenado de acuer u totalidad, o por paciente:	pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en bide CLINICA E NUEL INSTITU LIMA total que po ón, medicamento gastos que se hour of the NACIONA Y L'ALLIN ACIONA SI CIONA SI CIO	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU lanco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r. hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA O A B por las autoridade os gastos de las co	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institució concepto de la pe AS EMANUEL S ACION s monetarias. obranzas prejudicia omento de la salida	CLINICA EMIDE REHABILINO	MNAUEL y/ ITACION Y IACIONAL IFANTIL S./ ia, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que ya nombrad	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a o la cuenta	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA DE del fecha
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAC paciente SA 2. Intereses de Así mismo me o El pagare será cancelada en su Firma	como aparece al E DEMENCIAS A.S para llenar la suscrito a favor A.S., y/o EMMA instrucciones: capital será la su tos a la institucidores y demás y/o al INSTITICION D.S. e plazo: e mora a la máxim (nos) obligo (obli llenado de acuer u totalidad, o por paciente:	pie de nuestras pie de nuestras EMANUEL S.A. os espacios en bide CLINICA E INUEL INSTITU LIMA total que po ón, medicamento gastos que se hidro NACIONA Y Y & NN A CONA Total con estas instituto el saldo en caso O Conacción de la conacción	firmas, autorizamo S., y/o EMMANU anco del pagare o MMNAUEL CONS TO DE REHABILI r. hospitalización, s, daños ocasiona aya incurrido por L DE DEMENCI HABILITA por las autoridade os gastos de las co crucciones, si al mo de que se haya hec	s a CONSORCIO EL INSTITUTO I distinguido con el i SORCIO y/o al I TACION Y HABI consulta prioritaria dos a la institució concepto de la pe AS EMANUEL S ACION s monetarias. obranzas prejudicia omento de la salida	CLINICA EMIDE REHABILINO	MNAUEL y/ ITACION Y ACIONAL IFANTIL S./ a, servicios bles e inmue el CONSO MMANUEL ILS.A.S; ingreso caso de que ya nombrad del	HABILITAI que DE DEMEN A.S conform prestados pe ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con haya lugar a o la cuenta	ruto CION en la CIAS e con or los gos y NICA del fecha a ello. no es



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: So HARINA VAYON ESPITIA CUIDASON HOSPITALANA
Cedula de ciudadanía: 38236/2 4
Estado Civil: UNION libre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Cuerdadoros Fundacion Kicebnis
Empresa empleadora: Transación KiWANIS La ceibita Ibaque tolina
Dirección: Barrio El pais, Entenda la caibita Villa NATALIA CASA 12
Teléfono(s): $2 ? 2 2 \sqrt{-4 } \checkmark$
Trabajador independiente (profesión u oficio): Hopay
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.
그는 사람들은 사람들이 되었다. 그는 사람들은 사람들은 사람들이 살아왔다. 그렇게 되었다면 하는 사람들이 되었다.
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 50/ Marina VAron Espitia Quidadora Hospitalaria
Nombres 50/ Marina Varon Espitia Quidadora Hospitalaria c.c.: 38236/24 Kiwanis
Firma: Soffaces