## Edinaniei Edinaniei inde

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Yo/nosotros: <	Stizebath	Reger	Ringing	PA( y/o	GARE No.	1810 B	
do(s) como apa CONSORCIO CL	rece al pie de n INICA EMMNAU REHABILITACIO	ni (nuestras) f EL y/o al INS	ìrma(s), declaram TITUTO NACION	ios: Primero: Ial de demen	que somo: ICIAS EMAN	IIIFI S.A.S. V	I/O EMMANUEL
de:		N I HADILIA		. JihiJ en dueldi	nce simpleme	nte el acreedo	r, por la cantidad
Por capital:							
Por intereses de	plazo:				·····		Por
otros gas	a: a la máxima aut	torizada por las	autoridades mon	etarias:			
	r dicha suma de dir	nero al acreedo	r on cue oficione d	o Podatá D.C. a	n In Comone i	22 142 62	Nos
al tenedor de este	pagare, el día _	icro di acreedo	u جورا عمد مارداناها در مارد	e pogota D.C., e do	n ia Carrera . Laño	,22 no. 142-63 حاد	o en su orden, o
partir de esta	fecha, sobre las	obligaciones i	insultas y los gas	toe nagaromoe	intorococ ma	JE	toon do médico
autorizada por las nuestro cargo los él. CUARTO: a panterioridad o má arreglo directo o SEXTO: que será cuenta si fuere ne DE DEMENCIAS S.A.S de conform dispuesto en el art Firma(s):	s autoridades mon- gastos y costos que partir de la fecha s, pagaremos inter- de pago a la etap- n de nuestro cargo ecesario. Este paga EMANUEL S.A.S idad con las instru- iculo 622, inciso 2	etarias. TERCE le por dicha col de la respective leses a la máxima la prejudicial, so los impuestos los impuestos los erá llenado los y/o EMMAI locciones que en del código de co	RO: que en caso pranza se ocasione a demanda judicia na tasa fijada para e establecen en u que causen este po por CONSORCIO NUEL INSTITUTO documento a paramercio.	de cobro judicion, así como el val, sobre los intra la mora. QUIN n 20% sobre el agaré, quedado O CLINICA EMO DE REHABILI te hemos impar	al o extra ju alor del impu ereses pendi ITO: los hono valor de la al acreedor f MNAUEL y/ ITACION Y tido para tal	dicial de este lesto de timbre entes, debidos prarios de abogobligación más acultando para o al INSTITU HABILITAC: efecto, de cor	pagare serán de e, si hay lugar de con un año de gado, en caso de s sus accesorios. pagarlos por mi ITO NACIONAL ION INFANTIL nformidad con lo
pagare sera ne	nado por er a	creedor, de	conformidad de	ia carta de	instruccion	ies, que se	suscribe hoy
					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del></del> :	
	CARTA DE INS	TRUCCIONES	PARA LLENAR P	AGARE CON ES	PACIOS EN	BLANCO	
Bogotá, D.C., yo,		en e			1.1		y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,	44, 48, 44, 54, 54,	vi	- 4:12:47			3174.754	
identificado(s) com NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL Y/o REHABILITACIOI paciente	para flenar los esprito a favor de Control d	NUEL S.A.S., pacios en blanc CLINICA EMM INSTITUTO D otal que por hedicamentos, des que se haya NACIONAL D Y	y/o EMMANUEL o del pagare disti NAUEL CONSOR DE REHABILITA cospitalización, cor años ocasionados incurrido por con DE DEMENCIAS HABILITACI	INSTITUTO D nguido con el N CIO y/o al IN CION Y HABIL nsulta prioritaria a la institución cepto de la per EMANUEL S.A	E REHABIL  O.  NSTITUTO I  ITACION IN  y hospital d  (bienes mue manencia en  NS., y/o E	ITACION Y H NACIONAL DI NFANTIL S.A.:  (a, servicios pr bles e inmueb	que en la que en la E DEMENCIAS S conforme con estados por los des), copagos y RCIO CLINICA
-		a normitida nor					
Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot	ado de acuerdo coi	s) a pagar los g n estas instrucc	astos de las cobra iones, si al mome	nzas prejudicial y nto de la salida	del paciente	caso de que ha ya nombrado l	nya lugar a ello. la cuenta no es
Firma pa	iciente: Bryrs 21	משומ		^	Nombre	del	paciente:
C.C.: <u>52208</u>			. 011		4.1		
Firma responsable:	179		de <u>B</u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del></del>		

## Enimanuel Filiparii Inde pares

FR – THRI	04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES						
Datos ger	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carl	a de Instrucciones:				
Nombres:	: Elizabeth Rayes Pinco	<del>ن</del>				
Cedula de	e ciudadanía: <u>ちン・2のB・ララ ゲ</u>					
Estado Ci	ivil: Obsarda.					
Parentesc	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: _	Tia.				
Empresa e	empleadora: Granga Ja calif	mia				
Dirección:	: CN 7 +180-75.					
Teléfono(s	(s): <u>6749784.</u>					
Trabajado	or independiente (profesión u oficio):					
Dirección:						
Telefono(s	s):					
solicitado,	TO DE REHABILITACION Y HABILITACION , para:	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito				
Α, (	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales como deudor, mi capacidad de pago o para valora:	de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño				
В. {	Reportar a las centrales de información de riesgo o	datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como				
5	sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligad	ciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de				
t	tal forma que éstas presenten una información ver	raz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como				
C. E	deudor despues de naber cruzado y procesado dive Enviar la información mencionada a las central	ersos datos útiles para obtener una información significativa. es de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la				
9	SUPERFINANCIERA o las demás entidades púb	licas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que				
$\epsilon$	estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego	suministrarla a dichas centrales.				
D. C	Conservar, tanto en (la entidad) como en las cen necesario señalado en sus reglamentos la informac	trales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo ión indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.				
E. S	E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a					
វា	mis relaciones comerciales, financieras  y en gener públicos, bases de datos públicas o documentos pú	al socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros				
veras, com rectificación	npleta, exacta y ecualizada, y en caso de que r ón y a que se informa sobre las correcciones efectu	a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su adas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación a de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi				
La autoriza	ación anterior no permite a (la entidad) y a las co	entrales de información de riesgo divulgar la información mencionada				
para fines públicas co	diferentes, primero, a evaluar los riesgos de cono	rederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades institucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,				
Declaro hal	ber leído cuidadosamente el contenido de esta clá	usula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo				
	es y sus implicaciones.	<del></del>				
Nombres _	Elizabeth Reyn Zinner	•				
C.C.:	52208734					