

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01			
Actualización://	Página 1 de 2			

PAGARE No.

837 F

AUTOUROLEUR, ALC CA,	1 Kovas Tale	aza .	v/o		idontifica
do(s) como anarece al	nie de mi (nuestras) firm	na(s), declaramos: <b>PRIMER</b>	y/U	darac incondicional	identifica
CITNICA EMMNALIE	Pie de mi (nuestras) mn	NACIONAL DE DEMENCIA	CEMANUEL CA	C / C EMPEARITE	es de <b>Consorci</b> c
CELIAIOA EMMIAAUL REHARTI ITACION	V HARTITTACTON TI	NFANTIL S.A.S en adela	o cimplomente	S., Y/O EMMANU	ELINSTITUTO DI
IVELIADTET I WOTOLA	I INDILLIACION II				
capital:					
ntereses de plazo:					D -
		oor las autoridades monetar			Po
		or las autoridades monetar	ias:		
otros gastos:				CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	No
obligatios a pagar dic	na suma de dinero al ac	reedor en sus oficinas de Bo	gota D.C., en la C	arrera 22 no. 142-6	3, o en su orden, o
ai tenedor de este pa	gare, ei dia	de	del ano		<b>SEGUNDO:</b> que a
		s insultas y los gastos pagare			
		ue en caso de cobro judicial			
		sionen, así como el valor del			
de la fecha de la respe	ectiva demanda judicial, :	sobre los intereses pendiente	es, debidos con un	año de anterioridad	d o más, pagaremo
		<b>QUINTO:</b> los honorarios de			
		l valor de la obligación más			
		l acreedor facultando para p			
		AUEL y/o aIP INSTITUTO			
		CION Y HABILITACION IN			
en documento a parte	e hemos impartido para	tal efecto, de conformidad c	on lo dispuesto en	el artículo 622, inc	ciso 2 del código de
comercio.					_
- Att					
Firma(s):		y/o			Est
pagaré será llenad	lo por el acreedor,	de conformidad de la	ı carta de ins	trucciones, que	se suscribe ho
	CARTA DE INSTRUCCI	ONES PARA LLENAR PAG	ARE CON ESPAC	IOS EN BLANCO	
Bogotá,D.C.,yo,					y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,					
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a	aparece al pie de nuestro	as firmas, autorizamos a <b>CC</b>	NSORCIO CLIN	CA EMMNAUEL )	//o al INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S	as firmas, autorizamos a CC	NSORCIO CLINI	CA EMMNAUEL )	//o al INSTITUTO Y HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S a llenar los espacios en b	as firmas, autorizamos a CC .A.S., y/o EMMANUEL IN planco del pagare distinguido	NSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No.	ICA EMMNAUEL )	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, Identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S a llenar los espacios en b or de CLINICA EMMN	as firmas, autorizamos a CC .A.S., y/o EMMANUEL IN planco del pagare distinguido AUEL CONSORCIO y/o al	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NAC	CA EMMNAUEL ) CHABILITACION	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S a llenar los espacios en b or de CLINICA EMMN	as firmas, autorizamos a CC .A.S., y/o EMMANUEL IN planco del pagare distinguido	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NAC	CA EMMNAUEL ) CHABILITACION	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones:	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S a llenar los espacios en b or de CLINICA EMMNA UEL INSTITUTO DE RI	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  Ilanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE CON EI NO INSTITUTO NAI ITACION INFAN	ICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones: 1.El valor del capital se	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S a llenar los espacios en b or de CLINICA EMMNA UEL INSTITUTO DE RI erá la suma total que por	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NACI ITACION INFAN oritaria y hospital d	CA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NACI ITACION INFAN  oritaria y hospital di ción (bienes mue	CICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S. a llenar los espacios en bor de CLINICA EMMN. UEL INSTITUTO DE RI erá la suma total que por ción, medicamentos, das s gastos que se haya inc	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  planco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu-  currido por concepto de la pe	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No. INSTITUTO NACI ITACION INFAN oritaria y hospital de cición (bienes mue	ICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituo moderadores y demás y/o al INSTITUTO I	aparece al pie de nuestra IENCIAS EMANUEL S. a lienar los espacios en bor de CLINICA EMMN. UEL INSTITUTO DE RE erá la suma total que por ción, medicamentos, da a gastos que se haya inco	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  clanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu-  currido por concepto de la per  ICIAS EMANUEL S.A.S., y	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No. INSTITUTO NACI ITACION INFAN  oritaria y hospital de ición (bienes mue ermanencia en el	ICA EMMNAUEL ) EHABILITACION  CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform  día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION _ que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituo moderadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RE  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inc  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la pe  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No. INSTITUTO NACI ITACION INFAN oritaria y hospital d ición (bienes mue ermanencia en el	CICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,ndentificado(s) como a NACIONAL DE DEMINFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANUINSTRUCCIONES:  1.El valor del capital se adscritos a la institucioned del capital se adscritos a la institucion del capital se adscritos del c	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inc  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  Ilanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la po  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No. INSTITUTO NAC ITACION INFAN  oritaria y hospital de ición (bienes mue ermanencia en el	CICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEMINFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones:  1.El valor del capital se adscritos a la institucionederadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN quien ingreso con fech. Intereses de plazo	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, da  s gastos que se haya inco  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  la	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  Janco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la per  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NA ITACION INFAN oritaria y hospital de ución (bienes mue ermanencia en el lo EMMANUEL I	CICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEMINFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones:  1.El valor del capital se adscritos a la institucionederadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN quien ingreso con fecto Intereses de mora	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, da  s gastos que se haya inc  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  ia  a la máxima tasa permit	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la pe  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NAI ITACION INFAN  oritaria y hospital e ición (bienes mue ermanencia en el fo EMMANUEL II	CA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANI instrucciones:  1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN quien ingreso con fech Intereses de mora Así mismo me (nos) ol	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, da  s gastos que se haya ino  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la per  ECIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranza:	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NAI ITACION INFAN  oritaria y hospital d ición (bienes mue ermanencia en el fo EMMANUEL II etarias.  s prejudicial y judio	CA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION Y
Bogotá, D.C., yo,Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones:  1.El valor del capital se adscritos a la instituo moderadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN quien ingreso con fech Intereses de plazo e. Intereses de mora Así mismo me (nos) o pagare será llenado o pagare será llenado o	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RE  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inc.  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la pe  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranzas  strucciones, si al momento	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No. INSTITUTO NACI ITACION INFAN  oritaria y hospital de ición (bienes mue ermanencia en el fo EMMANUEL II  etarias. Es prejudicial y judio de la salida del p	CA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION Y
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones:  1.El valor del capital se adscritos a la instituo moderadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN quien ingreso con fech Intereses de plazo e Intereses de mora Así mismo me (nos) o pagare será llenado o	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RE  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inc.  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la per  ECIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranza:	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No. INSTITUTO NACI ITACION INFAN  oritaria y hospital de ición (bienes mue ermanencia en el fo EMMANUEL II  etarias. Es prejudicial y judio de la salida del p	CA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEI e con las siguientes dos por los médicos , copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION Y
Bogotá, D.C., yo,Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones:  1. El valor del capital se adscritos a la instituo moderadores y demás y/o al INSTITUTO I HABILITACION IN quien ingreso con fech. Intereses de plazo e. Intereses de mora Así mismo me (nos) o pagare será llenado o cancelada en su totalido.	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inco  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  la  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in  dad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  blanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu- currido por concepto de la po-  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranzas  strucciones, si al momento  aso de que se haya hecho ab	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NA ITACION INFAN  oritaria y hospital de ición (bienes mue ermanencia en el fo EMMANUEL II  etarias. Es prejudicial y judici de la salida del pono a tal cuenta.	CICA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y habilitacion que en la fecha encias emanuel e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION haya lugar a ello. E do la cuenta no es
Bogotá, D.C., yo,	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inco  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  la  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in  dad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  clanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la po  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranza:  strucciones, si al momento  iso de que se haya hecho ab  Nombre de	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NA ITACION INFAN  oritaria y hospital de ución (bienes muelemanencia en el fo EMMANUEL II  etarias.  s prejudicial y judio de la salida del pono a tal cuenta. del paciente:	CA EMMNAUEL YEHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y habilitacion que en la fecha encias emanuel e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION haya lugar a ello. E do la cuenta no es
Bogotá, D.C., yo,	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inco  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  la  :  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in  dad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  clanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la po  ICIAS EMANUEL S.A.S., y  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranzas  strucciones, si al momento  iso de que se haya hecho ab  Nombre o  de	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NA ITACION INFAN  oritaria y hospital de ición (bienes mue ermanencia en el fo EMMANUEL II  etarias. Es prejudicial y judici de la salida del pono a tal cuenta.	CA EMMNAUEL YEHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y habilitacion que en la fecha encias emanuel e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION haya lugar a ello. E do la cuenta no es
Bogotá,D.C.,yo,	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inco  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  ia  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in  dad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  clanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la po  ICIAS EMANUEL S.A.S., y,  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranza:  strucciones, si al momento  iso de que se haya hecho ab  Nombre de	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NA ITACION INFAN  oritaria y hospital de ución (bienes muelemanencia en el fo EMMANUEL II  etarias.  s prejudicial y judio de la salida del pono a tal cuenta. del paciente:	CA EMMNAUEL YEHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y habilitacion que en la fecha encias emanuel e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION haya lugar a ello. E do la cuenta no es
Bogotá, D.C., yo,	aparece al pie de nuestra  IENCIAS EMANUEL S  a llenar los espacios en b  or de CLINICA EMMN.  UEL INSTITUTO DE RI  erá la suma total que por  ción, medicamentos, dai  s gastos que se haya inco  NACIONAL DE DEMEN  FANTILS.A.S; del pa  ia  a la máxima tasa permit  bligo (obligamos) a paga  de acuerdo con estas in  dad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a CC  A.S., y/o EMMANUEL IN  clanco del pagare distinguido  AUEL CONSORCIO y/o al  EHABILITACION Y HABIL  hospitalización, consulta pr  ños ocasionados a la institu  currido por concepto de la po  ICIAS EMANUEL S.A.S., y  aciente  tida por las autoridades mon  ar los gastos de las cobranzas  strucciones, si al momento  iso de que se haya hecho ab  Nombre o  de	INSORCIO CLINI ISTITUTO DE RE con el No INSTITUTO NA ITACION INFAN  oritaria y hospital de ución (bienes muelemanencia en el fo EMMANUEL II  etarias.  s prejudicial y judio de la salida del pono a tal cuenta. del paciente:	CCA EMMNAUEL ) EHABILITACION CIONAL DE DEME TIL S.A.S conform día, servicios presta ebles e inmuebles), CONSORCIO CLI NSTITUTO DE RE	y habilitacion que en la fecha encias emanuel e con las siguientes dos por los médicos copagos y cuotas NICA EMMNAUEI HABILITACION haya lugar a ello. E do la cuenta no es



## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Jugulai. 29/00/2017	version, ut

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: Yudy Rosa Padraza.
Cedula de ciudadanía: <u>1673235493</u> .
Estado Civil: orcon Chre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección: Oll zi Att /Z A-67
Teléfono(s): 3194623213 - 3123272667
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: Oll 21 A # 12 A - 57
Telefono(s): 319 4623213 .
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.
<ul> <li>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</li> </ul>
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 Yuly Rosas Padroza
c.c.: 1073235493
Firma: Chia