Comparedo Ethnico Ethn

FR – THRL – 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

PAGARE No. 770 F

| | novdo or | k Pelvo | 7110 | | | idontifica |
|--|--|---|--|--|--|--|
| do(s) como aparece al pie de mi (n | uestras) firma(s), dec | claramos: PRIME | | deudores incon | dicionales de C | identifica |
| CLINICA EMMNAUEL y/o al IN | STITUTO NACIONA | AL DE DEMENCI | AS FMANIIFI | SAS V/OFM | IMANIIFI TNS | TITUTO DE |
| REHABILITACION Y HABILIT | TACION INFANTIL | S.A.S en ade | lante simplem | ente el acreeo | dor, por la c | antidad de: |
| | | | | J. 10 J. 40.000 | 20., po. 14 c. | Por |
| capital: | | | | | | Por |
| intereses de plazo: | | | | | - | Por |
| intereses de mora: a la máxima a | autorizada por las au | itoridades moneta | arias: | | | Por |
| ouros gastos: | | | | | | Noc |
| obligamos a pagar dicha suma de | dinero al acreedor en | n sus oficinas de E | Bogotá D.C., en | la Carrera 22 no | o. 142-63, o en | su orden, o |
| al tenedor de este pagare, el día | -1-12 | _ae | del a | ano | SEGUN | I DO: que a |
| partir de esta fecha, sobre las esta fecha, sobre las autoridades manatarias. | obligaciones insultas y | y los gastos paga | emos intereses | moratorios a la | tasa de máxim | a autorizada |
| por las autoridades monetarias. TE | :RCERO: que en caso | o de cobro judicia | l o extra judicial | de este pagare | serán de nuest | tro cargo los |
| gastos y costos que por dicha cobr de la fecha de la respectiva deman | da judicial cobro loc | intereses pendien | i impuesto de ti | mbre, si hay lug | jar de el. CUAR | TO: a partir |
| intereses a la máxima tasa fijada pa | ara la mora. OLITATO | littereses penulen | les, debidos coi le abogado, en i | r un ano de ante | erioridad o mas | , pagaremos |
| prejudicial, se establecen en un 20 | 0% sobre el valor de | la obligación má | s sus accesorios | SEXTO: GUA | serán de nuect | jo a la etapa ro cargo los |
| impuestos que causen este pagaré | , quedado al acreedor | facultando para | pagarlos nor mi | cuenta si fuere | necesario Este | nanaré será |
| llenado por CONSORCIO CLINI | CA EMMNAUEL y/ | o al INSTITUTO | NACIONAL I | DE DEMENCIA | S EMANUEL | S.A.S., v/o |
| EMMANUEL INSTITUTO DE REI | HABILITACION Y H | ABILITACION I | NFANTIL S.A. | S de conformida | nd con las instru | icciones que |
| en documento a parte hemos impa | artido para tal efecto, | , de conformidad | con lo dispuest | o en el artículo | 622, inciso 2 d | el código de |
| comercio. | | | | | | , |
| Firma(s): OS Car NR7 | 2 | /. | | | | |
| | | y/o | | | | Este |
| pagaré será llenado por el | acreedor de cor | nformidad do | la carta de | in atura da sa | | |
| pagaré será llenado por el CARTA DE II | acreedor, de cor | nformidad de | la carta de | | | scribe hoy |
| pagaré será llenado por el CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, | acreedor, de cor | nformidad de | | | | scribe hoy |
| pagaré será llenado por el CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, | acreedor, de cor | nformidad de | GARE CON ESF | PACIOS EN BL | ANCO | y/o |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, | nformidad de RA LLENAR PAG autorizamos a C | GARE CON ESP | PACIOS EN BLA | ANCO AUEL y/o al I | y/o |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie | NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, | nformidad de RA LLENAR PAG autorizamos a C EMMANUEL I | GARE CON ESF ONSORCIO CL NSTITUTO DE | PACIOS EN BLA | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI | y/o NSTITUTO |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI | NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del CA EMMNAUEL CO | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido | ONSORCIO CI NSTITUTO DE O con el No. | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI QUE | y/o NSTITUTO (LITACION e en la fecha |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU | NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del CA EMMNAUEL CO | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido | ONSORCIO CI NSTITUTO DE O con el No. | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI QUE | y/o NSTITUTO (LITACION e en la fecha |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/c spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No I INSTITUTO LITACION INF | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S C | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI que E DEMENCIAS conforme con la | y/o NSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es hemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU nstrucciones: 1.El valor del capital será la suma to | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/c spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No I INSTITUTO LITACION INF | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S c | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI que E DEMENCIAS conforme con la | y/o NSTITUTO (LITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es hemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI zación, consulta ponados a la insti | ONSORCIO CI NSTITUTO DE O con el No I INSTITUTO LITACION INF | PACIOS EN BLA LINICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmu | AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la | y/o NSTITUTO (LITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas |
| CARTA DE II Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI conados a la instir concepto de la processor de la | ONSORCIO CL NSTITUTO DE O con el No I INSTITUTO LITACION INF | PACIOS EN BLA LINICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuelles e i | AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago | y/o NSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI conados a la instir concepto de la processor de la | ONSORCIO CL NSTITUTO DE O con el No I INSTITUTO LITACION INF | PACIOS EN BLA LINICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuelles e i | AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago | y/o NSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU INSTITUTO S.A.S. ala institución, medicar moderadores y demás gastos que in/o al INSTITUTO NACIONAL IN HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI conados a la instir concepto de la processor de la | ONSORCIO CL NSTITUTO DE O con el No I INSTITUTO LITACION INF | PACIOS EN BLA LINICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuelles e i | AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago | y/o NSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es hemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI Instrucciones: 1.El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL I HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha . Intereses de plazo: | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o Spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir concepto de la panuel S.A.S., y | ONSORCIO CI NSTITUTO DE O con el No. Il INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes el permanencia en | PACIOS EN BLA LINICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuelles e i | AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago | y/o NSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA de de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/c spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir concepto de la plaNUEL S.A.S., y | ONSORCIO CL NSTITUTO DE O con el No. Il INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes o permanencia en r/o EMMANUE | PACIOS EN BLA LINICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuebles e i | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI | y/o NSTITUTO (LITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL (TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los qasto | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir concepto de la plaNUEL S.A.S., y | ONSORCIO CL NSTITUTO DE O con el No. Il INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes o permanencia en r/o EMMANUE | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S control ital día, servicios muebles e inmuebles | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABIque E DEMENCIAS onforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI Instrucciones: I. El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL I HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima así mismo me (nos) obligo (obligan bagare será llenado de acuerdo co | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA de de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los gasto on estas instruccione | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir concepto de la planUEL S.A.S., y se autoridades more de las cobranzas, si al momento | ONSORCIO CL NSTITUTO DE con el No | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuebles e in | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABIque E DEMENCIAS onforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI B.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI Instrucciones: I.El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que ino al INSTITUTO NACIONAL IN HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima sisí mismo me (nos) obligo (obligan lagare será llenado de acuerdo co | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA de de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los gasto on estas instruccione | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir concepto de la planUEL S.A.S., y se autoridades more de las cobranzas, si al momento | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuebles e in | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABIque E DEMENCIAS onforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI Instrucciones: I.El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que in/o al INSTITUTO NACIONAL IN HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima así mismo me (nos) obligo (obligan bagare será llenado de acuerdo co ancelada en su totalidad, o por el | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA de de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los gasto on estas instruccione | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a FACION Y HABI conados a la instito r concepto de la pagare distinguido se de las cobranzas, si al momento ese haya hecho al | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No I INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes el permanencia en r/o EMMANUE | PACIOS EN BLA INICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S c ital día, servicios muebles e inmi el CONSORCI EL INSTITUTO udicial en caso del paciente ya rea. | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI de que haya lug nombrado la cu | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es Inemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI Instrucciones: I.El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL I HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima así mismo me (nos) obligo (obligan bagare será llenado de acuerdo co cancelada en su totalidad, o por el Firma paciente: C.C.: 1019 1026 153 | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los gasto on estas instruccione saldo en caso de que | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a TACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir r concepto de la panuel S.A.S., y sa autoridades moros de las cobranzas, si al momento se haya hecho al Nombre | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No I INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes el permanencia en r/o EMMANUE | PACIOS EN BLA INICA EMMNA REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S co ital día, servicios muebles e inmuebles e in | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI de que haya lug nombrado la cu | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es nemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI Instrucciones: I. El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL I HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima así mismo me (nos) obligo (obligan bagare será llenado de acuerdo co cancelada en su totalidad, o por el cirma paciente: C.C.: O PORONALIONALIONALIONALIONALIONALIONALIONALI | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los gasto on estas instruccione saldo en caso de que | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a TACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir r concepto de la panuel S.A.S., y sa autoridades moros de las cobranzas, si al momento se haya hecho al Nombre | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No I INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes el permanencia en r/o EMMANUE | PACIOS EN BLA INICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S c ital día, servicios muebles e inmi el CONSORCI EL INSTITUTO udicial en caso del paciente ya rea. | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI de que haya lug nombrado la cu | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |
| CARTA DE IN Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S para llenar los es hemos suscrito a favor de CLINI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma to adscritos a la institución, medicar moderadores y demás gastos que y/o al INSTITUTO NACIONAL I HABILITACION INFANTILS.A. quien ingreso con fecha . Intereses de plazo: . Intereses de mora a la máxima Así mismo me (nos) obligo (obligan pagare será llenado de acuerdo co cancelada en su totalidad, o por el Firma paciente: C.C.: | acreedor, de cor NSTRUCCIONES PA e de nuestras firmas, MANUEL S.A.S., y/o spacios en blanco del p CA EMMNAUEL COI UTO DE REHABILIT otal que por hospitaliz mentos, daños ocasio se haya incurrido por DE DEMENCIAS EM S; del paciente tasa permitida por las nos) a pagar los gasto on estas instruccione saldo en caso de que | autorizamos a Co EMMANUEL I pagare distinguido NSORCIO y/o a TACION Y HABI zación, consulta ponados a la instir r concepto de la panuel S.A.S., y sa autoridades moros de las cobranzas, si al momento se haya hecho al Nombre | ONSORCIO CL NSTITUTO DE o con el No I INSTITUTO LITACION INF rioritaria y hosp cución (bienes el permanencia en r/o EMMANUE | PACIOS EN BLA INICA EMMN. REHABILITA NACIONAL DE FANTIL S.A.S c ital día, servicios muebles e inmi el CONSORCI EL INSTITUTO udicial en caso del paciente ya rea. | ANCO AUEL y/o al I CION Y HABI — que E DEMENCIAS conforme con la s prestados por uebles), copago IO CLINICA E DE REHABILI de que haya lug nombrado la cu | MSTITUTO ILITACION e en la fecha EMANUEL s siguientes los médicos os y cuotas MMNAUEL TACION Y |

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS C. Indication of the Control of th

| Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo |
|---|
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| 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 Superentinación mencionada 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. |
| 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 |
| A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como |
| 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: |
| OloS op351と - かんび 38411 C:(e)ono(s)=Telefono(s): |
| Dirección: प्रेट्य श्रिम्थां ॥ ० |
| Trabajador independiente (profesión u oficio): OPP40 V (0 |
| 0/02 0/02 - 1/02/20 / (c) (s) Olo 20/0 20/0 |
| Dirección: Verela Portanilo |
| Empresa empleadora: |
| Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 251620 |
| Estado Civil: UNIO (1672 |
| Cedula de ciudadanía: 107 197 4625 |
| Nombres: OSCOV 1201 ON LO 1010 |
| Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: |
| |
| PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES |
| AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA |
| |

020072d

529 22 PARADI

sus alcances γ sus implicaciones.

:.ɔ.ɔ