Emerro Elnica Ernmanuel Eduniel Inde Program

FR –	THRL	_	04

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

Yo/nosotros: * Hana Bitzy bet Prince vo do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos:		[1755 B]
	V/o	identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos:	PRIMERO: que somos de	udores incondicionales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMMANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S./	l.S en adelante simplemente e	el acreedor, por la cantidad
de:		
Por capital:		
Por intereses de plazo:	<u> </u>	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetai	'las:	Por
otros gastos:obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bo		Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bo	ogotá D.C., en la Carrera 22 no	o. 142-63, o en su orden, c
al tenedor de este pagare, el díadede	del año	SEGUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos	pagaremos intereses morato	rios a la tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de		
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, a		
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial,		
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la		
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 2		
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este paga		
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO C		
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO I		
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte	nemos impartido para tai erec	to, de conformidad con id
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	and the second s	•
Firma(s): V/o		Este
Firma(s):	a carta de instrucciones.	que se suscribe hov
And the second of the second o		
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAG	ARE CON ESPACIOS EN BL	for the second second
Bogotá,D.C.,yo,		y/o
Nosotros,	A Property of the Control of the Con	
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CC		
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN		
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu		
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI		
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO	ON A HABILITACION INFA	
las siguientes instrucciones:		NTIL S.A.S conforme con
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consu	lta prioritaria y hospital día, s	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a	lta prioritaria y hospital día, s la institución (blenes muebles	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conce	lta prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles oto de la permanencia en el	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conceremmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS El	lta prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles oto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conceremmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION	lta prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles oto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTILS	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concerementa y demás da instituto nacional de demonstración paciente y you la HABILITACION paciente y y y y y y y y y y y y y y y y y y y	lta prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles oto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTILS	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmanuel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION PACIONAL DE MABILITACION PACIONAL DE CONTROL SUPERIOR SUPE	lta prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles oto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTILS	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y YUITTO HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Y YUITTO HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Y YUITTO HABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION PACIONAL PACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION PACIONAL PACI	Ita prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles oto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTILS Pomicos quien i	NTIL S.A.S conforme con servicios prestados por los s e inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION PACIONAL PACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION PACIONAL PA	Ita prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles bto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTILS Pamilizado quien i	NTIL S.A.S conforme conservicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION FINANCIONAL O DEMENCIAS EL PORTO HABILITACION FINANCION FINANCIONAL O DEMENCIAS EL PORTO HABILITACION FINANCION	Ita prioritaria y hospital día, s la institución (bienes muebles bto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTILS Pam//>/o quien i etarias. as prejudicial y judicial en casa	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente O J HOU 2018 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mon Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranz El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento	Ita prioritaria y hospital día, si la institución (bienes muebles bto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMMI INFANTILS Pum/1270 quien i etarias. as prejudicial y judicial en caso de la salida del paciente ya	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION FINANCIONAL O DEMENCIAS EL PORTO HABILITACION FINANCION FINANCIONAL O DEMENCIAS EL PORTO HABILITACION FINANCION	Ita prioritaria y hospital día, si la institución (bienes muebles bto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMMI INFANTILS Pum/1270 quien i etarias. as prejudicial y judicial en caso de la salida del paciente ya	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente H	Ita prioritaria y hospital día, so la institución (bienes muebles poto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTIL.S Pam(1270 quien i etarias. De proportion de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente Y HABILITACION Paciente O J HOU 2018 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mon Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranz El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento	Ita prioritaria y hospital día, si la institución (bienes muebles bto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMMI INFANTILS Pum/1270 quien i etarias. as prejudicial y judicial en caso de la salida del paciente ya	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Paciente Y/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O/O	Ita prioritaria y hospital día, so la institución (bienes muebles poto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTIL.S Pam(1270 quien i etarias. De proportion de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y Juliur J. Suguir 2 2018 1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mon Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranz El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho ab Firma Paciente:	Ita prioritaria y hospital día, so la institución (bienes muebles poto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTIL.S Pam(1270 quien i etarias. De proportion de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EI REHABILITACION paciente Y / HABILITACION paciente Su / HOU · 20/8 1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mon Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranz El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho ab Firma paciente: C.C.: de Firma responsable: I Halia Betabet Princurso A El valor de Consultación, consultación por conceptación para incurrido por conceptación pagar los gastos de las cobranz El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho ab Firma paciente:	Ita prioritaria y hospital día, so la institución (bienes muebles poto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTIL.S Pam(1270 quien i etarias. De proportion de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consumédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concesemmnauel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL REHABILITACION Y HABILITACION Paciente Y Juliur J. Suguir 2 2018 1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mon Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranz El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho ab Firma Paciente:	Ita prioritaria y hospital día, so la institución (bienes muebles poto de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EMM I INFANTIL.S Pam(1270 quien i etarias. De proportion de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	Servicios prestados por los se inmuebles), copagos y CONSORCIO CLINICA ANUEL INSTITUTO DE S.A.S; del ngreso con fecha



FR - THRL - 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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir, pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Y Hono Betzabet Primiliero
Cedula de ciudadanía: 🔨 204932 3 2
Estado Civil: (casalla
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 🔻 🗍 🕜
Empresa empleadora: メ
Dirección: * (ra 69N + 64-95 Bogota.
Teléfono(s): 1 3/38958/34
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Felefono(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.

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	" plana Betilbel	Printerio
C.C.:	1 20493277	
Firma:	- Beips g.	