## inde best

San ED TUDE O

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

		·. ·	in the		٠	1	PAGA	RE No.	· *	54 F ,	J	
Yo/nosotros:_						v/n	- (					-4:6:
do(s) como ar	parece al pi	e de mi (nuest	ras) firma(s)	, declaramos	PRIM	ERO; gue	somos	deudore	s incondicto	nales d	· COMCO	ntifica RCTO
CITIATON EM	MINAUEL	y/oar INSII	IUIU NAC	IONAL DE D	EMENC	TAS FMA	NITE O	EAC .	IIA ENIMA	AND NOTE OF	MCTTT C	
KENASILITA	CION A	HABILITACI	ON INFA	NTIL S.A.S	en ad	elante si	impleme	inte el	acreedor,	por k	a cantida	d de:
capital:												_ Por
intereses de												_ Por
intereses de r	mora: a la	máxima autor	izada por la	s autoridade	s monet	tarlas:						. Por
otros	gastos:											***
obligamos a p	agar dicha	suma de diner	o al acreed	or en sus ofic	inas de	Bogotá D.	C, en l	a Carrei	a 22 no. 14	42-63, (	en su on	den o
si reuedox de	este paga:	re, ei dia		de			del a	ño		SEG	HINDO:	anna a
partir de est	a recha, s	obre las oblig	aciones Insu	intas v ios das	tos once	iremos int	fehéses, r	morates	íns a la tarr	a da má	trioner autor	elements.
hos say annous	iades mone	Kanas, rekke	:NU: que er	rasso de cobi	ro sudidia	ali o everal.	budleted.	dio acta	hanane con	án da n	contra and	
gastos y costo de la fecha de	la resperti	va demanda (u	se ocasione dicial color	n, as como e	I valor-d	el Impuesi	to de tra	nbre, si	hay lugar d	e el. Cl	JARTO: a	partir
de la fecha de intereses a la r	naxima tas	a filada nara la	more OIII	NTO: loc box	pendier	ites, debi	gos con	un ano	de anterior	idad o n	nás, paga	remos
prejudicial, se	establecen	en un 20% s	obre el valo	r de la oblica	erión má	ue abugaç is sus avv	eu, en c	eso de a	rregio airea	to o de	pago a la	etapa
impuestos que	cousen eş	te pagare, que	dado al ame	egor facultar	ido para	pagarlos i	nor mile	sidentis e	Historia naviv	straelo E	ieta naane	A north
iliciano hor o	<b>NIMOOKCE</b>	O CLINICA I	MMNAUL	. y/o a! IN:	STITUT	O NACIO	ONAL D	E DEM	ENCIAS E	MANIII	EI CAC	wlo
EMMWWARF 1	M211100	O DE REHABI	LITACION	Y HABILIT	ACION	INFANTI	IL S.A.S	de con	formidad ev	William in	ethiceland	ALL PALLS
eu aocrimento	a parte:he	imos impartido	para tal ef	ecto, de conf	ormidad	con le di	ispuesto	en el a	rticulo 622	inciso	2 del códi	go de
comercio.		\$ 19 <b>%</b> 接触(3 - 101)							ជាក់ដែល នៃលើ			
Firma(s):	141	reading .	into .	y/c	,				5000 of 500			Coho
pagaré será	llenado.	рог е аспо	sedor, de	alcenformida	d -de	la carta	s de	instruce	Similar in land	in en	suscribe	Este
									en op 1909 og den en menske forder		auaci ine	nuy
	****	والمنافعة المتحافظة								-46 = 10		
	CAR	TA DE INSTR	OCCIONE	S PARA LLEI	NAR PA	GARE CO	ON ESP	ACIOS	EN BLANC	<b>.</b> 0		
Bogotá, D.C., yo		27 1046 Shart						)	umiest leder			v/o
Nosotros,		na distante la se	<u> </u>	40.00	ust.			_461%	451.0 AU			-,, -
identificado(s)	como apar	ece al pie de l	nuestras fin	nas, autoriza	mos a C	ONSORO	CIO CLI	NICA I	MMNAUE	L y/o	INSTI	UTO
MULTURAL D	AC NEWEW	CLAS EMANI	JEL 5.A.S.,	y/o EMMA	NUEL I	NSTITUT	TO DE	REHAR	TLITACIO	NYH	ARTI ITA	MOTO
INFANTIL SJ	4.5 para lle	nar ios espació	s en blanco	del naciare d	Bathnowid	io con el N	de	crision web			ann en in	finals a
memos suscrito	a rayor ou	CLINICAE	MMNAUEL	CONSORCI	O v/o :	al INSTIT	TUTO N	MOTON	AL DE DE	MENCY	AC EMAI	THE
S.A.S., y/o El instrucciones:	THAITUEL	THRITINIO	DE KEHAB	ILITACION	Y HABI	LITACIO	N INE	INTEL S	S.A.S confo	rme cor	n las sigui	entes
1.El valor del ca	anital será t	a suma total di	ne nor hoer	Wallimolán e	anculta e	والمنتقف	چ <u>امد</u> درج	sh në ette e	4-5	- 4		
adscritos a la	institución.	medicaments	os dafins n	noakeacion, co	la ineti	hielán ék	y nospie	aucua, s	ervicios pre	stados p	por tos me	dicas
moderadores y	demás ga	stos que se ha	va Incumide	DOI: concent	o de la	recmanen	icia.en e	nichez	SOPCIO C	S), COD	agosy c	LIOTAS
ATO BLINDIT	IUIU NAC	JUNAL DE D	EMENCIAS	EMANUEL		via EMM	<b>LANILIE</b> I	TNCTT	THEO DE	DEMAR	TI TTA CTA	200
UMBILLI MCTO	NU THEAL	NIILS.A.S; d	lei pacienti	No. of the Control	- 10 70 Pt 20 2	and the state of t	No. andri			CLIND	and I would	,
4	THE RESERVE TO THE PARTY OF THE											
<ul> <li>Intereses de</li> </ul>	e piazo:		<u> </u>	11.000 (1520.00)	150 Accept	alesta de la composição d						
. Intereses de	e mora a la	máxima tasa	permitida p	or las autonida	ades mo	netarlas.						
Así mismo me (	(nos) obliga	o (obligamos) a	pagar ios g	jastos de las	cobraña	as prejudio	iciał y ju	dicial er	caso de qu	ie haya	lugar a el	lo. El
payare sera ne	iusdo dé s	cuerdo con es	tas instrucc	kones, si ai n	riomento	de la sa	alida del	pacieni	te ya nomb	orado la	cuenta r	10 es
cancelada en si	u totalidad,	o por el saldo	en caso de	que se haya	hecho a	bono a tal	i cuenta					
Firma paciente:					Nombre	del nacion	into:					
C.C.:				de	THE	acı paçığı	- 000					
Irma responsa	ble:			46								
Vombre del res	ponsable:	Borio	Care	see alger	_ 11 /1	<i>†</i>		7				
ic: <u>~ 96</u>	1009	40		de gue	well	14 2	cleed	18-			· · · ·	



## **FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS**

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
	ı

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 ge	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres	
Cedula d	le ciudadanía:
	ivil:
Parentes	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
	empleadora: was she was the
	re
4-	The state of the s
Trabalac	(s):
Dirección	to
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Declaro o	(s):
La autor	deudor, mi capacidad de pago o para valorar el nesgo futuro de concederme un crédito.  Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis debenes legales de cuntenido patrimonial de tal forma que estas 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.  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 trataria, analizaria, clasificaria y juego suministraria a dichas centrales.  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 8, y E, de esta cláusula.  Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atequantes 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.
veras, co y a que s	impleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación le informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, lo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.
fines dife compete	zación anterior no permite a (la entidad) y a les centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para rentes, primero, a evaluar los riesgos de concedente un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas ntes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos cicos, conclusiones de elías.
	haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo noes y sus implicaciones.
Nombres	
C.C.: Firma:	Porus Escardor -