Construe Chaica Emmanuel Establica Inde length

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

Yo/nosotros: 1	Order	Tlor	Cou	1 le vice	2.		ARE No.	{	07 B	
do(s) como apa CONSORCIO CL INSTITUTO DE	rece al ple INICA EMI	de mi (r	//n al TNG	TITUTO N	eclaramos: I		- que 301	nos agadol	es incor	idicionales
INSTITUTO DE de:	REHABILIT	TACION Y	HABILITA	ACION INF	ANTIL S.A.	S en adelan	te simple:	ANUEL S.A mente el ac	l.S., y/o	EMMAN
Por capital:										
Por intereses de	olazo:									
Por intereses de l intereses de mora otros gast	: a la máxi	ima autoriza	ada nor la							<u> </u>
otros gast	.os:	·	add por id:	autoriuaut	s monetaria	S:			·	
Obligamos a pagar	dicha cuma	do dinava	-1 1							
al tenedor de este partir de esta autorizada por las	fecha, sob	re las obl	igaciones 🗈	insultae v i		aei	ano		_ SEGUI	NDO: qu
nuestro cargo los c él. CUARTO: a pa anterioridad o más arreglo directo o d	gastos y cos artir de la f , pagaremos le pago a la	stos que por fecha de la s intereses	r dicha cot respectiva a la máxin	pranza se oc a demanda na tasa fijad	asionen, así judicial, sol la para la mo	como el val como el val pre los inter pra. QUINT	o extra or del im eses pen O: los ho	judicial de o puesto de ti dientes, del norarlos de	este paga Imbre, si bidos con abogado	are serán hay lugar 1 un año , en caso
SEXTO: que serán cuenta si fuere nec	de nuestro	cargo los in	mpuestos o	que causen	este nagaré	nuedado al	aioi de la	foorbands	mas sus	accesori
cuenta si fuere nec DE DEMENCIAS	esario. Este	e pagaré se	rá llenado	por CONS	ORCIO CLII	NICA FMM	acreedor MAHEL u	, racultando	para pag	arios por
DE DEMENCIAS S.A.S de conformio	EMANUEL	S.A.S., y/	O EMMAN	VUEL INST	ITUTO DE	REHABILI	TACION	Y HARTIT	TACION	MACION
					a parte her	nos impartio	lo para ta	l efector de	Conford	road con
dispuesto en el artíc	.ulo 622, inc	iso 2 del co	ódigo de co	mercio.		•	•	0	Comon	nddd Cor
irma(s):	*			y/o				14.	1	
pagaré será llen	ado por	el acreed	or de i	y/U	do I-			· · · ·		E:
<u>. </u>			0.7 44			carta de	Instruccio	nes, que	se su	scribe h
ogotá,D.C.,yo, losotros, lentificado(s).como					27 (A2) 					<u>у</u> /о
terrended at collin	avarete ai	THE OF BURS	strae tirma	C Bultoriann	CONC					4.4
IACIONAL DE DE NFANTIL S.A.S pa	MENCIAS	EMANUEL	S.A.S., y	o EMMAN	UEL INSTI	THIO DE	DEHÁDTI	TTACTON	//o ai ii	NSTITUT
NFANTIL S.A.S pa	ira llenar lo	s espacios	en blanco	del pagare	distinguido	con el No.	(CINDIL	TIACION	1 UABI	TIACIO
cha hemos suscrit	o a favor d	de CLINI	CA EMMN	IAUEL CON	ISORCIO V	o al INS	TITUTO	NACTONAL	DE DE	que en . MENCTA
		NUEL INST	TITUTO D	E REHABII	ITACION)	HABILITA	CION I	NFANTIL S	A.S con	forme co
s siguientes instruc	lones:								in the con	iornie co
El valor del capital édicos adscritos a	sera la sur	ma total qu	te por ho	spitalización	, consulta p	rioritaria y l	nospital d	ia, servicios	orestad	os por la
édicos adscritos a otas moderadores	ia instituciói	n, medican	ientos, dai	nos ocasion	ados a la in	stitución (bi	enes mue	ebles e inm	uebles).	copagos
otas moderadores	y uemas gi 1 TNETIT H	astos que:	se naya ir	Currido por	concepto d	le la perma	nencia en	rel CONS	ORCIO	CLINIC
MNAUEL y/o a HABILITACION,			VITAL DE	DEFFERIL	IAS EMAN	UEL S.A.S.	, y/o E	MMANUEL	INSTIT	TUTO D
ciente <i>Kovth</i>	or luc	A 60	50,000	HABILIT	ACION		INFANT	TILS.A.S;		de
-) 647-) [[)/	10-001	<u>19.07</u>	are (2		quien	ingreso	con	fecha
Intereses de plazo										
Intereses de mora		a tasa nerm	itida nor la	ic autoridad	oo maaabaala					
mismo me (nos) o	bligo (obliga	amos) a nac	gar loc occ	toc do lao a						
							dicial en d	caso de que	haya lug	jar a ello.
icelada en su totalio	lad, o por el	l saldo en c	aso de que	se hava he	cho abono a	d Salida del	paciente	ya nombrac	to ta cue	nta no es
			aso ac que	. Se Haya He	CHO abono a	tai cuenta.				
na pacie	nte:	_			-· <u></u>	Nom	bre	dei		
										naciontos
										paciente:
na reconnection /			de		·					paciente:
na responsable:	aria Flor	Eut.en	de		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		 _	·		paciente:
na responsable: 4 Mpg (el rassonsable 51209	grice Flor	Gut. en	de							paciente:
na responsable: 4 MBRCel responsable 51.389	aria Flor	Gut. en	de							paciente:
a responsable: 44 MBB Col responses 57.389 COLOG 130	396. 396.	Eut.en	de							paciente

Convergence Children Children

FORMATO PAGARE PARA P	PACIENTES HOSE	PITALIZADOS
	71012111201100	, 1 1 7 4 1 7 1 7 0 0 0

FR - THRL - 04

Original:	29/06/2017

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 sușcrii			es:		
Nombres: Mana Flor Guice	MCZ. COPE	10c			
Cedula de ciudadanía: 523893	96.				
Estado Civil: <u>Soltero</u>					
Parentesco o calidad en la que actúa, si no e	es el paciente: 🔏	erman	a		
Empresa empleadora: Enfole or cle	a				
Dirección: Cra 8 # 108 a 24					
Teléfono(s):	7.6	<u> </u>			
Trabajador independiente (profesión u oficio): 1 vabaj	adera			
Dirección: calle sob sur # 3			<u> </u>	-	
Telefono(s): 320 978 557 59	<i>(</i>)	· ·			
			124		

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	s Horio Flor Gutierrez. Capera.	
C.C.:	52.389396.	,