Edward Indi

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR ~ THRL ~ 04

Original: 29/06/2017		Version: 0

Actualización: --/--/----

PAGARE No. 1

Página 1 de 2

Yo/nosotros:		1/	r/o iden	ıtifica :
datal agency age	unan al min de mi faccartena S		que somos deudores incondicionales de CONSOI	
			MANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUT	
REMABILLIA	CION Y HABILITACION	INFANTIL S.A.S en adelante	simplemente el acreedor, por la cantidad	
				_ Por
capital:				_ Por
intereses de				Por
intereses de m	iora: a la máxima autorizada	por las autoridades monetarias:		_ Por
	gastos:			Nos
· ·	+	–	# D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su ord	
al tenedor de e	ste pagare, el día	de	del año SEGUNDO: o s intereses moratorios a la tasa de máxima autor	que a
gastos y costos de la fecha de intereses a la n prejudicial, se impuestos que llenado por Co EMMANUEL I en documento comercio.	que por dicha cobranza se oc la respectiva demanda Judicial náxima tasa fijada para la mor establecen en un 20% sobre causen este pagaré, quedado ONSORCIO CLINICA EMMI INSTITUTIO DE REHABILITA	asionen, así como el valor del imp , sobre los infereses pendientes, a a. QUINTO: los honorarios de ab- el valor de la obligación más sus al acreedor facultando para paga NAUEL y/o al INSTITUTO NA CION Y HABILITACION INFA a tal efecto, de conformidad con la	itra judicial de este pagare serán de nuestro car puesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a debidos con un año de anterioridad o más, pagar ogado, en caso de arregio directo o de pago a la accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cara rios por mil cuenta si fuere necesario. Este pagara ICTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. INTIL S.A.S de conformidad con las instruccione lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del códi	partir remos etapa go los é será , y/o is que igo de
Firma(s):	2004	y/o	usu o paris, etchelogatico	Este
pagaré será	llenado por el acreedor	, de si conformidad de la d	carta de instrucciones, que se suscribe	hoy
	of a control of the second like a		terracial linearment places.	
	ومرافعة المتالية ومرادون	*****	ato office of Mary 9	
	CARTA DE INSTRUCC	IONES PARA LLENAR PAGAR	E CON ESPACIOS EN BLANCO	
Bogotá, D.C., vo		The second second	1,8 0,758 Pt (2007)	y/o
Nosotros	- indicate Spec	44	5 mile 3 854.0.67 (17)	_,.
identificado(s)	como anarece al nie de nijes	tras firmas, autorizamos a CONS	ORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTI	tuto
			ITUTO DE REHABILITACION Y HABILITA	
			n el No. que en la	
	🕻 🕻 nara llenar los estácios en			fecha
hemos suscrito	a favor de CLINICA EMM	NAUEL CONSORCIO y/o al IN	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA	NUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o El	a favor de CLINICA EMM	NAUEL CONSORCIO y/o al IN		NUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones:	a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA	STITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui	NUEL ientes
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE l apital será la suma total que p	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril	STITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui Ieria y hospital día, servicios prestados por los me	NUEL ientes édicos
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE l apital será la suma total que p institución, medicamentos, d	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril laños ocasionados a la institució	STITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y nospital día, servicios prestados por los ma in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c	NUEL ientes édicos cuotas
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE l apital será la suma total que p institución, medicamentos, o demás gastos que se haya i	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ocumido por concepto de la perm	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y nospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN	NUEL ientes édicos cuotas AUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE l apital será la suma total que p institución, medicamentos, d demás gastos que se haya i	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm INCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	NUEL ientes édicos cuotas AUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITACIO	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que pi institución, medicamentos, d y demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm INCIAS EMANUEL S.A.S., y/o pacienta	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	NUEL ientes édicos cuotas AUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso o	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que p institución, medicamentos, d demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm INCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui leria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y o lanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	NUEL ientes édicos cuotas AUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso c i. Intereses d	o a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que p institución, medicamentos, o demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo:	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncumido por concepto de la perm INCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	NUEL ientes édicos cuotas AUEL
hemos suscrito S.A.S., y/o Et instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso co 1. Intereses do 2. Intereses do	pa favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que p institución, medicamentos, o demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y nospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	MUEL ientes édicos cuotas AUEL ION Y
hemos suscrito S.A.S., y/o Et instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso co 1. Intereses do 2. Intereses do	pa favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que p institución, medicamentos, o demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	MUEL ientes édicos cuotas AUEL ION Y
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso c i. Intereses d Así mismo me	pa favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que p institución, medicamentos, o demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le piazo: le mora a la máxima tasa pero (nos) obligo (obligamos) a pa	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta gar los gastos de las cobranzas pr	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y nospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI	MUEL ientes édicos cuotas AUEL ION Y
hemos suscrito S.A.S., y/o Et instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso c i. Intereses d Así mismo me pagare será lle	pa favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que pi institución, medicamentos, de demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero (nos) obligo (obligamos) a pa enado de acuerdo con estas	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta gar los gastos de las cobranzas pr	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui- teria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y o lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI rias. rejudicial y judicial en caso de que haya lugar a e la salida del paciente ya nombrado la cuenta	MUEL ientes édicos cuotas AUEL ION Y
hemos suscrito S.A.S., y/o Et instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso c i. Intereses d Así mismo me pagare será ll cancelada en s	pa favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que pi institución, medicamentos, de demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero (nos) obligo (obligamos) a pa enado de acuerdo con estas su totalidad, o por el saldo en	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril jaños ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta gar los gastos de las cobranzas pr instrucciones, si al momento de caso de que se haya hecho abono	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y hospital día, servicios prestados por los me in (blenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI rias. rias. rejudicial y judicial en caso de que haya lugar a e la salida del paciente ya nombrado la cuenta o a tal cuenta.	édicos cuotas AUEL ON Y
hemos suscrito S.A.S., y/o Et instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTI HABILITÀCIO quien ingreso c i. Intereses d Así mismo me pagare será lli cancelada en s Firma paciente	a favor de CLINICA EMM MMANUEL INSTITUTO DE I apital será la suma total que p institución, medicamentos, o demás gastos que se haya i TUTO NACIONAL DE DEME ON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero (nos) obligo (obligamos) a pa enado de acuerdo con estas su totalidad, o por el saldo en	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm iNCIAS EMANUEL S.A.S., y/o pacienta nitida por las autoridades moneta gar los gastos de las cobranzas pr instrucciones, si al momento de caso de que se haya hecho abono Nombre del	teria y hospital día, servicios prestados por los meio (blenes muebles e inmuebles), copagos y clarieros en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIONES. rejudicial y judicial en caso de que haya lugar a el la salida del paciente ya nombrado la cuenta paciente:	édicos cuotas AUEL ON Y
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTT HABILITÀCIO quien ingreso c i. Intereses d Así mismo me pagare será lli cancelada en s Firma paciente C.C.;	manuel Instituto De la apital será la suma total que prinstitución, medicamentos, o demás gastos que se haya intuto NACIONAL DE DEME DON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero (nos) obligo (obligamos) a parenado de acuerdo con estas su totalidad, o por el saldo en estas pero de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la co	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hospitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta gar los gastos de las cobranzas pr instrucciones, si al momento de caso de que se haya hecho abono de de	ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA ACION INFANTIL S.A.S conforme con las sigui teria y hospital día, servicios prestados por los me in Iblenes muebles e inmuebles), copagos y c lamencia en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACI rias. rejudicial y judicial en caso de que haya lugar a e la salida del paciente ya nombrado la cuenta o a tal cuenta.	édicos cuotas AUEL ON Y
hemos suscrito S.A.S., y/o El instrucciones: 1.El valor del c adscritos a la moderadores y y/o al INSTT HABILITÀCIO quien ingreso o 1. Intereses d 2. Intereses d 2. Intereses d 3. Intereses d 5. Intereses d 6. Intereses d 6. Intereses d 7. Intereses d 8. Intereses d 8. Intereses d 9. Intere	manuel Instituto De la apital será la suma total que prinstitución, medicamentos, o demás gastos que se haya intuto NACIONAL DE DEME DON INFANTILS.A.S; del con fecha le plazo: le mora a la máxima tasa pero (nos) obligo (obligamos) a parenado de acuerdo con estas su totalidad, o por el saldo en estas pero de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la co	NAUEL CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HABILITA or hespitalización, consulta prioril años ocasionados a la institució ncurrido por concepto de la perm NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o paciente nitida por las autoridades moneta gar los gastos de las cobranzas pr instrucciones, si al momento de caso de que se haya hecho abono de de	teria y hospital día, servicios prestados por los meio (blenes muebles e inmuebles), copagos y clarieros en el CONSORCIO CLINICA EMMN EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIONES. rejudicial y judicial en caso de que haya lugar a el la salida del paciente ya nombrado la cuenta paciente:	édicos cuotas AUEL ON Y

Electric Indiana

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

Nombres	the state of the s
	e chudadania:
	MI:
Parentes	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
	empieadora:
Dirección	96
Teléfono	(s):
Trabatad	or independiente (profesión u eficia) a respensiva de la companie
Dirección	. The state of the
	(s): The supplied of the contraction of the supplied of the su
CLINIC REHAB	que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO A EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE ILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o e quien sea en el futuro el acreedor del credito solicitado, para: Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como
B. C. D. E.	deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. 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 deberes legales de contenido 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 vigilanda y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizada, desificada y luego suministraria a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período nacesario señalado en sus reglamentos la información indicada en les literales 6. y El de esta clausula. 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.
veras, co y a que :	en podra en en la melimenta ejercer un derecho a corroporar en cuadquer dempo que la información sommisulada es enpleta, exacta y ecuaizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su recuricación se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.
fines difficompete	ización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales da información de riesgo divulgar la información mencionada para erentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas entes el cumplimiento de mis deberos constitucionales logales y, tercoro, a elaborar estadícticas y derivar, mediante modelos ticos, conclusiones de ellas.
	haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo noes y sus implicaciones.
Nombre C.C.:	24103 946 Gontero