## Consider on Control of Control of

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

	PAGARE No.	1701 B	
Yo/nosotros: Janea Jen lege	PAGARE No. y/o		 identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declara	amos: <b>PRIMERO</b> : que so	mos deudores in	
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACI			
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANT			
de:			
Por capital:			
Por intereses de plazo:			Poi
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades m	onetarias:		Poi
otros gastos:			Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas			
al tenedor de este pagare, el díade	del año	SE	GUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los o	gastos pagaremos intereses	moratorios a la	tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en ca	iso de cobro judicial o extra	judicial de este	pagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasio	onen, así como el valor del ir	npuesto de timbre	e, si hay lugar de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda jud	licial, sobre los intereses pe	endientes, debidos	s con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada p	ara la mora. QUINTO: los l	nonorarios de abo	gado, en caso de
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen er	n un 20% sobre el valor de	la obligación má	s sus accesorios
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen est	e pagaré, quedado al acreed	or facultando para	a pagarlos por m
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSOR			
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTIT	UTO DE REHABILITACIO	N Y HABILITAC	ION INFANTIL
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a	parte hemos impartido para	tal efecto, de co	nformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.			
			Foto
Firma(s):			ESIG
pagare sera llenado por el acreedor, de conformidad	de la carta de instruc	ciones, que se	e suscribe noy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAI	R PAGARE CON ESPACIOS	EN BLANCO	
Bogotá,D.C.,yo,	.:	i gallaga filozofa agalla i a filozofa a antonoma	y/o
Nosotros,			
Nosotros,identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo			al INSTITUTO
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU	IEL INSTITUTO DE REHA	BILITACION Y	al INSTITUTO
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o	IEL INSTITUTO DE REHA distinguido con el No	BILITACION Y	al INSTITUTO HABILITACION que en la
Nosotros,	IEL INSTITUTO DE REHA distinguido con el No SORCIO y/o al INSTITUT	BILITACION Y  O NACIONAL D	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS
Nosotros,	IEL INSTITUTO DE REHA distinguido con el No SORCIO y/o al INSTITUT	BILITACION Y  O NACIONAL D	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS
Nosotros,	JEL INSTITUTO DE REHA distinguido con el No SORCIO y/o al INSTITUT TACION Y HABILITACIO	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A	o al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme cor
Nosotros,	JEL INSTITUTO DE REHA distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  ral día, servicios p	o al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los
Nosotros,	JEL INSTITUTO DE REHA distinguido con el No	FO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  ral día, servicios produces e inmue	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme cor prestados por los bles), copagos y
Nosotros,	distinguido con el No	FO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  Tal día, servicios produces e inmuesa en el CONSO	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIASS conforme cor prestados por los bles), copagos y PRCIO CLINICA
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI.	distinguido con el No	TO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  cal día, servicios produces e inmues a en el CONSO  o EMMANUEL 1	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIASS conforme cor prestados por los ebles), copagos y RCIO CLINICA INSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION	distinguido con el No	TO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  Tal día, servicios promuebles e inmuera en el CONSO  To EMMANUEL 1  TANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIONEMANUEL Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIONEMANUEL XIAMO Corcio Mendica	distinguido con el No	TO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  Tal día, servicios promuebles e inmuera en el CONSO  To EMMANUEL 1  TANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIONEMANUEL Y/O ALINSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIO	distinguido con el No	TO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  Tal día, servicios promuebles e inmuera en el CONSO  To EMMANUEL 1  TANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIONEMANUEL Y/O CALAGE 18/2018  1. Intereses de plazo:	del Instituto de Reha distinguido con el No. GORCIO y/o al INSTITUT ITACION Y HABILITACIO  consulta prioritaria y hospit dos a la institución (bienes concepto de la permanenci AS EMANUEL S.A.S., y/ ACION INF	TO NACIONAL EN INFANTIL S.A.  Tal día, servicios promuebles e inmuera en el CONSO  To EMMANUEL 1  TANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI. REHABILITACION Y HABILITA Paciente Maria De Demencia Para Correct Para Lange	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p  muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL 1  FANTILS.A.S; en ingreso	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI. REHABILITACION  Y HABILITA  REHABILITACION Y HABILITA  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora de la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora de la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora de la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de la contractores de las contractores de la cont	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que h	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme cor prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI.  REHABILITACION Y HABILITA DE DEMENCI.  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al medica de la contra de l	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que h	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme cor prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI. REHABILITACION  Y HABILITA  REHABILITACION Y HABILITA  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora de la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora de la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de mora de la máxima tasa permitida por las autoridades así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las contractores de la contractores de las contractores de la cont	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que h	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme cor prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI. REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y COCLUGE 18/2018  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las come El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mocancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya here.	des monetarias.  Description de la salida del pacicho abono a tal cuenta.	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I  FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que h ente ya nombrado	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI. REHABILITACION Y HABILITA CONTRO CONCRETA PARA LA CONTRO CONTR	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que h	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI.  REHABILITACION Y HABILITY Paciente Nacional 18/2018  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las como el pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya heritama.  Firma paciente:  Pacual Pagare  Paciente:  Paciente:  Pacual Pagare  Paciente:  Pacual Pagare  Paciente:  Pacual Pagare  Paciente:  Pacual Pagare  Paciente:  Paci	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  ral día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que l ente ya nombrado  del	pal INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI. REHABILITACION Y HABILITACION	des monetarias.  Description de la salida del pacicho abono a tal cuenta.	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  ral día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que l ente ya nombrado  del	pal INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE de con fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUINFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI.  REHABILITACION Y HABILITY Paciente Mario Corcio Hability.  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las como el pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya heritama.  Firma paciente:  Pacual de de capital será la permitida por las autoridades.  Firma paciente:  Pacual de grando de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya heritama paciente:  Pacual de grando de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya heritama paciente:  Pacual de grando de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya heritama paciente:  Pacual de grando de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya heritama paciente:	distinguido con el No	BILITACION Y  TO NACIONAL E  N INFANTIL S.A  ral día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso  I en caso de que l ente ya nombrado  del	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ples), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha



## 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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: 3/anca Do a Vege S.
Cedula de ciudadanía: 20 792 75 }
Estado Civil: Cosado
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1 Trotogo do ro fo co ol
Empresa empleadora: Hosp. fol Ban Rofoel de Facus.
Dirección: 0 a 12 # 8-40
Teléfono(s): 32/2/54047
Trabajador independiente (profesión u oficio): Impleada Hospitol Son Rofuel
Dirección: Para Ourd: Telefono(s): 321.2154047
Telefono(s): $\frac{3 \ell / 2 / 5 4 \circ 4 ?}{2 \cdot 2 \cdot$
마이트 보고 있는 것이 되었다. 그는 사람들이 되었다. 그런 그런 그는 그는 그는 그는 그는 그는 그를 가장 하는 것이다. 
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
<b>SUPERFINANCIERA</b> 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 A Blanca Dore Vag 1.
C.C.: 20.792.788
Nombres 1 13/auca Dore Vag 1.  C.C.: 20.792.788  Firma: Place Dore Vag 2-