Emanuel indelegran

FORMATO	PAGARE PARA	PACIENTES	HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

	Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización:// Página 1 de 3	Actualización://	Página 1 de 2

\mathcal{M}		1	DACADE No	1780	
Yo/nosotros:	104811 V)	romb	PAGARE No.		identifica
	ce al pie de mi (nuestr	as) firma(s), declaramos:		s deudores incond	
		I INSTITUTO NACIONAL			
INSTITUTO DE RI		ILITACION INFANTIL S.			la cantidad
de:					
Por capital:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
	azo:	or las autoridades moneta	riacı		Por
	a la maxima autonzata p Si		1105		Nos
		reedor en sus oficinas de B	ogotá D.C., en la Carrera	22 no. 142-63, o en	
al tenedor de este p	oagare, el día	de	del año	SEGUN	DO: que a
		ones insultas y los gastos			
		ERCERO: que en caso de			
		na cobranza se ocasionen,			
		pectiva demanda judicial,			
		máxima tasa fijada para la			
		cial, se establecen en un i			
		estos que causen este pag enado por CONSORCIO (
		MMANUEL INSTITUTO			
		ue en documento a parte			
	ulo 622, inciso 2 del código		表音表		
Cinna - (a)-					C. 1.
rirma(s):	ado nor al accordar	de conformidad de l	a carta do Instruccio	200 60 60	Este
pagare sera nem	ado por er acreedor,	ue comormidad de i	a carta de instrucció	nes, que se su	scribe noy
		•		41.14.14. A	
	CARTA DE INSTRUCCIO	JNES PAKA LLENAK PAG	IARE CON ESPACIOS EI	N BLANCO	
D 1/D 0	CARTA DE INSTRUCCIO		ARE CON ESPACIOS E	N BLANCO	
Bogotá,D.C.,yo,	(4) 「 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1 ・ 1		GARE CON ESPACIOS E	N BLANCO	y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como		n names Paramen			
identificado(s) como	aparece al pie de nuestra	is firmas, autorizamos a Co	DNSORCIO CLINICA EN	1MNAUEL y/o al I	NSTITUTO
identificado(s) como	aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S.	ns firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABI	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI	NSTITUTO LITACION
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri	aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. ara llenar los espacios en to a favor de CLINICA	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABIO UIDO con el No IO y/o al INSTITUTO	IMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S.,	o aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. Para llenar los espacios en to a favor de CLINICA Y/o EMMANUEL INSTIT	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABIO UIDO con el No IO y/o al INSTITUTO	IMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instruc	o aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. Para llenar los espacios en to a favor de CLINICA Y/O EMMANUEL INSTIT Ecciones:	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABI Uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I	IMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructival. El valor del capita	o aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. Para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTIT Ecciones: al será la suma total que	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I	IMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S precha hemos suscritemanuel S.A.S., las siguientes instructuel Lel valor del capita médicos adscritos a	p aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. Para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTIT Cciones: al será la suma total que la institución, medicamer	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, constitos, daños ocasionados a	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles),	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S precha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructuel valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores	p aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. Para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTIT cciones: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu tos, daños ocasionados a haya incurrido por conce	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu pto de la permanencia e	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instruct. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o	p aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITUCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu atos, daños ocasionados a haya incurrido por conce	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABIO UIDO CON EL NO. IO Y/O AL INSTITUTO ON Y HABILITACION I Ulta prioritaria y hospital de la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/O I	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta rebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INST	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA ITUTO DE
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION	p aparece al pie de nuestra EMENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITUCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu tos, daños ocasionados a haya incurrido por conce	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABIO UIDO CON EL NO. IO Y/O AL INSTITUTO ON Y HABILITACION I Ulta prioritaria y hospital de la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/O I	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y O CLINICA LTUTO DE del
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instruct. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION pacientes	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu atos, daños ocasionados a haya incurrido por conce	ONSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/o I	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta rebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA ITUTO DE
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION pacientes (S)	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITUCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu atos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACIO	ONSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/o I INFAN quien	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta rebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA ITUTO DE
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructured in the siguientes instructured in the siguientes instructured in the siguientes instructured in the siguientes i	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION CO: co: a a la máxima tasa permiti	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu atos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital el la institución (bienes mu pto de la permanencia el MANUEL S.A.S., y/o I N INFAN quien	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA ITUTO DE del fecha
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S precha hemos suscrit EMANUEL S.A.S., las siguientes instructuel 1. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION pacientes 1. Intereses de plaz 2. Intereses de mos Así mismo me (nos)	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION Y CO: a a la máxima tasa permiticobligo (obligamos) a paga	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, constitutos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION ida por las autoridades mon r los gastos de las cobranza	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital el la institución (bienes mu pto de la permanencia el MANUEL S.A.S., y/o I N INFAN quien	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor li caso de que haya l	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello.
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructival 1. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de plaz 2. Intereses de moi Así mismo me (nos) El pagare será llena	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicameros y demás gastos que se al INSTITUTO NACIONACIONACIONACIONACIONACIONACIONACIO	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC TUTO DE REHABILITACI por hospitalización, consultos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION da por las autoridades mon ir los gastos de las cobrana instrucciones, si al moment	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/o I N INFAN quien netarias. las prejudicial y judicial er o de la salida del paciento	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor li caso de que haya l	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello.
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructival 1. El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de plaz 2. Intereses de moi Así mismo me (nos) El pagare será llena	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicameros y demás gastos que se al INSTITUTO NACIONACIONACIONACIONACIONACIONACIONACIO	is firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, constitutos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION ida por las autoridades mon r los gastos de las cobranza	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/o I N INFAN quien netarias. las prejudicial y judicial er o de la salida del paciento	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor li caso de que haya l	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello.
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructive 1.El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION pacientes 1. Intereses de plaz 2. Intereses de moi Así mismo me (nos) El pagare será llena cancelada en su tota	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicameros y demás gastos que se al INSTITUTO NACIONACIONACIONACIONACIONACIONACIONACIO	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC TUTO DE REHABILITACI por hospitalización, consultos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION da por las autoridades mon ir los gastos de las cobrana instrucciones, si al moment	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No. IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACION I ulta prioritaria y hospital la institución (bienes mu pto de la permanencia e MANUEL S.A.S., y/o I N INFAN quien netarias. las prejudicial y judicial er o de la salida del paciento	MNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta lebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor li caso de que haya l	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello.
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instruction del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION pacientes 1. Intereses de plaz 2. Intereses de moi Así mismo me (nos) El pagare será llena cancelada en su tota	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION (CO) (CO) (CO) (CO) (CO) (CO) (CO) (CO)	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu tos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION da por las autoridades mon ir los gastos de las cobranz instrucciones, si al moment so de que se haya hecho at	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta tebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor a caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y O CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello. lienta no es
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructive 1.El valor del capita médicos adscritos a cuotas moderadores EMMNAUEL y/o REHABILITACION pacientes 1. Intereses de plaz 2. Intereses de moi Así mismo me (nos) El pagare será llena cancelada en su tota	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION (CO) (CO) (CO) (CO) (CO) (CO) (CO) (CO)	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II bianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC TUTO DE REHABILITACI por hospitalización, consultos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION da por las autoridades mon ir los gastos de las cobrana instrucciones, si al moment	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta tebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor a caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y O CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello. lienta no es
identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S p fecha hemos suscri EMANUEL S.A.S., las siguientes instructive	p aparece al pie de nuestra MENCIAS EMANUEL S. para llenar los espacios en to a favor de CLINICA y/o EMMANUEL INSTITICCIONES: al será la suma total que la institución, medicamer s y demás gastos que se al INSTITUTO NACION Y CO: a a a la máxima tasa permitional de la cuerdo con estas institución, o por el saldo en casciente:	as firmas, autorizamos a Co A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por hospitalización, consu tos, daños ocasionados a haya incurrido por conce NAL DE DEMENCIAS E HABILITACION da por las autoridades mon ir los gastos de las cobranz instrucciones, si al moment so de que se haya hecho at	DNSORCIO CLINICA EN NSTITUTO DE REHABII uido con el No	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HABI NACIONAL DE DI NFANTIL S.A.S co día, servicios presta tebles e inmuebles), n el CONSORCIO EMMANUEL INSTI ITILS.A.S; ingreso cor a caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO LITACION que en la EMENCIAS nforme con dos por los copagos y O CLINICA LTUTO DE del fecha ugar a ello. lienta no es

Emerco Concar Contario Filitii in Sincorar Manuel inde

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 capta o	le instrucciones;	
Nombres:	611. O.L.	9100	
Cedula de ciudadagía:	17000	U 7	
Estado Civil:	54 80	>	
Parentesco o calidad en la que actúa,	, si no es el paciente:	0= 10	
Empresa empleadora:			
Dirección:	<u> </u>		
Teléfono(s):			
Trabajador independiente (profesión	u oficio):	THE REPORT OF THE PARTY OF THE	
Dirección:	サドシー	do colo ante ante	
Telefono(s):	14000	(9 6	
	34. 34	Andrew The Antonio Control of the Co	

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 1000	- OR (8
c.c.: 1055987	
Firma:	