Edward

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01 Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

		DACADE	1705 B	
Yo/nosotros: 1	1 /-	PAGARE	No.	identifica
do(s) como aparece al pie de	mi (nuestras) firma(s), de	, ·	somos deudores incon	
CONSORCIO CLINICA EMMNA				
INSTITUTO DE REHABILITAC			mplemente el acreedor, p	or la cantidad
Por intereses de plazo: intereses de mora: a la máxima	autorizada nor las autoridade	c monetarias:		Por Por
otros gastos:	autorizada por las autoridade	s monetanas		Nos
obligamos a pagar dicha suma de	dinero al acreedor en sus ofic	cinas de Bogotá D.C., en la C	Carrera 22 no. 142-63, o e	
al tenedor de este pagare, el día				
partir de esta fecha, sobre	las obligaciones insultas y le	os gastos pagaremos intere	eses moratorios a la tas	a de máxima
autorizada por las autoridades m				
nuestro cargo los gastos y costos				
él. CUARTO: a partir de la fech				
anterioridad o más, pagaremos in				
arreglo directo o de pago a la el SEXTO: que serán de nuestro ca				
cuenta si fuere necesario. Este p				
DE DEMENCIAS EMANUEL S.				
S.A.S de conformidad con las ins				
dispuesto en el artículo 622, inciso	o 2 del código de comercio.			
Firma(s):	시) 일하는 경기 <u> </u>	•		Este
pagaré será llenado por el			ctruccionos que co o	
				suscribe 110y
CADTA DE T				
Bogotá,D.C.,yo,	INSTRUCCIONES PARA LLE	NAR PAGARE CON ESPAC	IOS EN BLANCO	y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,				
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pi	ie de nuestras firmas, autoriza	amos a CONSORCIO CLIN	ICA EMMNAUEL y/o al	INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA	amos a CONSORCIO CLIN	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI	INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pi	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI	INSTITUTO BILITACION que en la
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITAC	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACION, consulta prioritaria y ho	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI ITUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S ospital día, servicios pres	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI on, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S ospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA s espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI ión, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie por concepto de la perman	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S ospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI ón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie por concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S.,	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA s espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI ón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie por concepto de la perman	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios presenes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INSINFANTILS.A.S;	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI ón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie por concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S.,	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S espital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS INFANTILS.A.S;	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI ón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie por concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S.,	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios presenes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INSINFANTILS.A.S;	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p TO NACIONAL DE DEMEN Y HABII	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI ón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie por concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S., LITACION	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI TUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios presenes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INSINFANTILS.A.S;	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p TO NACIONAL DE DEMEN Y HABIL e tasa permitida por las autoric amos) a pagar los gastos de la	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI cón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie cor concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S., LITACION dades monetarias. lis cobranzas prejudicial y jud	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI ETUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS INFANTILS.A.S; quien ingreso co	INSTITUTO BILITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del con fecha
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA e espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p TO NACIONAL DE DEMEN Y HABIL e tasa permitida por las autoric amos) a pagar los gastos de la o con estas instrucciones, si a l saldo en caso de que se haya	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI cón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie cor concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S., LITACION dades monetarias. Is cobranzas prejudicial y jud I momento de la salida del Inhecho abono a tal cuenta.	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI ETUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS INFANTILS.A.S; quien ingreso con dicial en caso de que haya paciente ya nombrado la	INSTITUTO BILITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del con fecha
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA e espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p TO NACIONAL DE DEMEN Y HABIL e tasa permitida por las autoric amos) a pagar los gastos de la o con estas instrucciones, si a l saldo en caso de que se haya	amos a CONSORCIO CLIN ANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI cón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie cor concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S., LITACION dades monetarias. Is cobranzas prejudicial y jud I momento de la salida del	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI ETUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS INFANTILS.A.S; quien ingreso con dicial en caso de que haya paciente ya nombrado la	INSTITUTO BILITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del con fecha
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pi NACIONAL DE DEMENCIAS EI INFANTIL S.A.S para llenar los fecha hemos suscrito a favor de EMANUEL S.A.S., y/o EMMANI las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la sum médicos adscritos a la institución cuotas moderadores y demás ga EMMNAUEL y/o al INSTITUT REHABILITACION paciente 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima Así mismo me (nos) obligo (obliga El pagare será llenado de acuerdo cancelada en su totalidad, o por el Firma paciente: C.C.: [0]8 419921	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA s espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p TO NACIONAL DE DEMEN Y HABIL e tasa permitida por las autoric amos) a pagar los gastos de la to con estas instrucciones, si a I saldo en caso de que se haya	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACI cón, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie cor concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S., LITACION dades monetarias. Is cobranzas prejudicial y jud I momento de la salida del Inhecho abono a tal cuenta.	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI ETUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS INFANTILS.A.S; quien ingreso con dicial en caso de que haya paciente ya nombrado la	INSTITUTO BILITACION _ que en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del con fecha a lugar a ello. cuenta no es
Bogotá,D.C.,yo,	ie de nuestras firmas, autoriza MANUEL S.A.S., y/o EMMA s espacios en blanco del paga e CLINICA EMMNAUEL CO UEL INSTITUTO DE REHAE na total que por hospitalizaci n, medicamentos, daños ocasi astos que se haya incurrido p TO NACIONAL DE DEMEN Y HABIL e tasa permitida por las autoric amos) a pagar los gastos de la to con estas instrucciones, si a I saldo en caso de que se haya	amos a CONSORCIO CLINANUEL INSTITUTO DE RI re distinguido con el No ONSORCIO y/o al INSTI BILITACION Y HABILITACIÓN, consulta prioritaria y ho onados a la institución (bie cor concepto de la perman NCIAS EMANUEL S.A.S., LITACION dades monetarias. Is cobranzas prejudicial y juc I momento de la salida del Inhecho abono a tal cuenta. TIAN SANCHEROM	ICA EMMNAUEL y/o al EHABILITACION Y HAI ETUTO NACIONAL DE CION INFANTIL S.A.S cospital día, servicios pres nes muebles e inmuebles encia en el CONSORC y/o EMMANUEL INS INFANTILS.A.S; quien ingreso con dicial en caso de que haya paciente ya nombrado la	INSTITUTO BILITACION _ que en la DEMENCIAS conforme con stados por los s), copagos y IO CLINICA STITUTO DE del con fecha a lugar a ello. cuenta no es



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: DSCAR SANCHEZ JIMENEZ
Cedula de ciudadanía: 93285605
Estado Civil: Union Libre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: IN OLDENO, ENTR
Dirección: Cll 59 Nº 3A-24 Apto 402
Teléfono(s): 3105701589
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
마이트 보고 있는 것이 되었다. 그는 사람들은 사람들은 사람들은 사람들이 되었다.
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
C.C.:
Firma: