## Cantana Carica Carica Emmanuet

### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 3

	P.			PAGARE No.	1689 B	
Yo/nosotros:		2 mcs	у	<sup>,</sup> /o		identifica
		(nuestras) firma(s), d				
INSTITUTO DE REI		Y HABILITACION INF				
de: Por capital:						
Por intereses de plaz						Por
		rizada por las autoridad	loc monotorios:		<del></del>	
otros gastos:		rizada por las autoridad	ies monetanas.			Nos
		ero al acreedor en sus of	icinas de Rogot	á D.C. en la Carrera	22 no. 142-63	
		de				
		obligaciones insultas y				
		arias. <b>TERCERO:</b> que (				
		por dicha cobranza se o				
		e la respectiva demand				
		ses a la máxima tasa fija				
		prejudicial, se establec				
_		os impuestos que cause			STATE OF THE PARTY	
		é será llenado por <b>CON</b>				
		y/o EMMANUEL INS				
		ciones que en documen				
		el código de comercio.	•			
Firma(s):		<b>y</b>	//o			Este
pagaré será llenad	do por el aci	reedor, de conformid	lad de la c	carta de instruccio	nes, que se	suscribe hoy
		AMERICAN TANDEST TO THE PROPERTY OF THE PROPER				**************************************
Č	CARTA DE INST	RUCCIONES PARA LLI	ENAR PAGARE	CON ESPACIOS E	N BLANCO	
Bogotá.D.Cvo.			mięty i k			y/o
Nosotros,		<del>-</del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	4	4850000	
identificado(s) como	aparece al pie de	nuestras firmas, autoriz	zamos a CONS	ORCIO CLINICA EI	MMNAUEL v/o	al INSTITUTO
		UEL S.A.S., y/o EMM				
		acios en blanco del pag				
		LINICA EMMNAUEL (				
		INSTITUTO DE REHA				
las siguientes instrucc	iones:					
1.El valor del capital	será la suma to	tal que por hospitaliza	ción, consulta :	orioritaria y hospital	día, servicios p	restados por los
médicos adscritos a I	la institución, me	dicamentos, daños oca:	sionados a la ir	nstitución (bienes m	uebles e inmuel	bles), copagos y
		que se haya incurrido				
		NACIONAL DE DEME				
REHABILITACION		Y HAB	ILITACION	INFA	NTILS.A.S;	del
pacienteK	12 mepsel	1201 Paris E	Sonvoler	quien	ingreso	con fecha
			di filia kabasar		Annual Control of the	
. Intereses de plazo						
- 1 miles		a permitida por las autor	4.7.7			
		) a pagar los gastos de l				
		estas instrucciones, si			:e ya nombrado	la cuenta no es
cancelada en¹su totali	dad, o por el sald	lo en caso de que se hay	/a hecho abono	a tal cuenta.		
Firma paci	ente:			Nombre	del	paciente:
paci				NOTIDIC	uci	paciente.
C.C.:3976122	4 1	de <u>B</u>	6topi			
Firma responsable:	Xiath.	46				
Nombre del responsat	ole:					
C.C.: 39.761 23		de Rc	6top		·····	

# Comparent Christop National de National de

#### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 2 de 3

### 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: <u>Jucia Gaimez</u>
Cedula de ciudadanía: 39 761 231
Estado Civil: Casada.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: Colonia. Alberto nieto Cano.
Dirección: Calindo uno.
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): independiente.
Dirección: Para Malhuseta
Telefono(s): 311 451 72 (3
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:
<ul> <li>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.</li> <li>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</li> </ul>
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 Jucid Gamez
Nombres <u>Jucid</u> Game 2 C.C.: 39761231
Firma: