Financia Financia Indelector

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

 Original: 29/06/2017
 Versión: 01

 Actualización: --/--/-- Página 1 de 2

il access	Daudia	Herehan B	PAGARE No	. 17138	}
					identifica
do(s) como aparece al p	ie de mi (nuestra	as) (irma(s), declaramos:	PRIMERO; que so	mos deudores in	condicionales de
CONSORCIO CLINICA EL					
INSTITUTO DE REHABIL		LITACION INFANTIL S	я.5 ел военике запри	ernerne er acreedor	, рог на сапскан
				<u> </u>	
Por capítal: Por intereses de plazo:					Por
intereses de mora: a la má		or lac autoridados moneta			Por
	•		11 (05)		
otros gastos: obligamos a pagar dicha su	ma da diagra al aca	 andos na euro aflatano da 9	togotá D.C. on la Carre	NEO 22 AO 142.62	Nos
al tenedor de esto pagaro.					
partir de esta fecha, s					
autorizada por las autorida					
nuestro cargo los gastos y o					
él. CUARTO: a partir de l					
anterioridad o más, pagarer					
arregio directo o de pago a					
SEXTO: que serán de nues					
cuenta si fuere necesario. I					
DE DEMENCIAS EMANU					
S.A.S de conformidad con			hemos impartido para	ital efecto, de cor	nformidad con lo
dispuesto en el artículo 622,	, inciso 2 del código	de comercio.			
Cirmalah		uto			Ege
Firma(s): pagaré será llenado po	on al consador	do conformidad do l	a carán de incheu	reionae aus co	
pagare sera nenado po	ir ei acreedour,	GE COMORRIGAD DE	a cana de mstruc	ciones, que se	suscence noy
	···			• • • • • •	
ČARTA	A DE INSTRUCCIO	NES PARA LLENAR PAG	SARE CON ESPACIOS	EN BLANCO	
Bassel & D. C. vos	•				100
Bogotá,D.C.,yo,	· ·				у/о
Nosatros,		Summer authorizance a Co	OMEGDESO EL TRITES	EMMANEL W/o	
Nosotros,	re al pie de nuestras				al INSTITUTO
Nosotros,identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI	re al pie de nuestras IAS EMANUEL SU	A.S., y/o EMMANUEL I	nstituto de reha	BILITACION Y F	al Instituto IABILITACION
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.A iar los espacios en	A.S., γ/o EMMANUEL II blanco del pagare disting	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y F	al INSTITUTO IABILITACION que en la
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a fav	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J iar los espacios en vor de : CLINICA	A.S., y/o EMMANUEL II blanco dei pagare disting EMMNAUEL CONSORC	NSTITUTO DE REHA uido con el No IO y/o al INSTITUI	BILITACION Y F	al Instituto Habilitacion que en la E Demencias
Nosotros, identificado(s) como aparec NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para llen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.A Iar los espacios en Vor de · CLINICA IMANUEL INSTIVI	A.S., y/o EMMANUEL II blanco dei pagare disting EMMNAUEL CONSORC	NSTITUTO DE REHA uido con el No IO y/o al INSTITUI	BILITACION Y F	al Instituto Habilitacion que en la E Demencias
Nosotros, identificado(s) como aparec NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones:	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.A Iar los espacios en Vor de CLINICA IMANUEL INSTITU	A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI	NSTITUTO DE REHA uido con el No. IO y/o al INSTITUI ON Y HABILITACIO	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A.	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.A Iar los espacios en Vor de CLINICA IMANUEL INSTITU Ia suma total que p	A.S., y/o EMMANUEL III blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI nor Inospitalización, consi	NSTITUTO DE REHA uido con el No IO y/o al INSTITUI ON Y HABILITACIO Ilta prioritaria y hospil	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilenfecha hemos suscrito a fat EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J. Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicamen	A.S., y/o EMMANUEL III blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACI por Inospitalización, consi- tos, daños ocasionados a	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y F TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuel	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los kes), copagos y
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a fat EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsoráos a la Instructas moderadores y dem	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J. Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicamen nás gastos que se	A.S., y/o EMMANUEL Idelianco del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACION Inospitalización, consistos, daños ocasionados a haya incursido por conce	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y F TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los Nes), copagos y RCIO CLINICA
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a fax EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsoritos a la Instituotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.A sar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicamen nás gastos que se TITUTO NACION	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACION Inospitalización, consitos, daños ocasionados a haya incurrido por concelal de Demencias E	NSTITUTO DE REHA uido con el No IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACIO Illa prioritazia y hospit la institución (bienes pto de la permanenci MANUEL S.A.S., y/o	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI O EMMANUEL I	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los olos), copagos y RCIO CLINICA NSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a fax EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsoráos a la Instituotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J. Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicamen nás gastos que se	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACION Inospitalización, consitos, daños ocasionados a haya incurrido por concelal de Demencias E	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet ia en el CONSOI O EMMANUEL II FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los ples), copagos y RCIO CLINICA NSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a fax EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsoritos a la Instituotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.A sar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicamen nás gastos que se TITUTO NACION	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACION Inospitalización, consitos, daños ocasionados a haya incurrido por concelal de Demencias E	NSTITUTO DE REHA uido con el No IO y/o al INSTITUTO ON Y HABILITACIO Illa prioritazia y hospit la institución (bienes pto de la permanenci MANUEL S.A.S., y/o	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet ia en el CONSOI O EMMANUEL II FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los olos), copagos y RCIO CLINICA NSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsoritos a la Instituotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACIÓN paciente.	re al pie de nuestras IAS EMANUEL S.A Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicament nás gastos que se TITUTO NACION	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACION Inospitalización, consitos, daños ocasionados a haya incurrido por concelal de Demencias E	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet ia en el CONSOI O EMMANUEL II FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los ples), copagos y RCIO CLINICA NSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsorátos a la Instituotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACIÓN paciente. Intereses de plazo:	re al pie de nuestras IAS EMANUEL S.A Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU Ia suma total que p itución, medicamen nás gastos que se TITUTO NACION	A.S., y/o EMMANUEL II blanco del pagare disting EMMNAUEL CONSORO UTO DE REHABILITACI por inospitalización, consitos, daños ocasionados a haya incurrido por concelaL DE DEMENCIAS E HABILITACIO	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet ia en el CONSOI O EMMANUEL II FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los ples), copagos y RCIO CLINICA NSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adsoritos a la Insti- cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente Intereses de plazo: Intereses de mora a la m Intereses de mora a la m	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J. Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU Ia suma total que p Itución, medicamen As gastos que se ITITUTO NACION Y	A.S., y/o EMMANUEL Idiblanco dei pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACION Inospitalización, consistos, daños ocasionados a haya incursido por concelAL DE DEMENCIAS E HABILITACION da por las autoridades modes a por las autoridades modes.	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso	al INSTITUTO HABILITACION — que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los desol, copagos y RCIO CLINICA NSTITUTO DE del con fecha
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti- cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente Intereses de plazo: Intereses de mora a la m Así mismo me (nos) obligo (re al pie de nuestras (AS EMANUEL S.J. iar los espacios en vor de CLINICA (MANUEL INSTITU la suma total que p itución, medicament nás gastos que se TITUTO NACION Y náxima tasa permitio (obligamos) a pagar	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO Inospitalización, consistos, daños ocasionados a haya incursido por concelAL DE DEMENCIAS E HABILITACIONO DE DES BUTANIO DE DE DES BUTANIO DE DES BUTANIO DE DES BUTANIO DE DE DES BUTANIO DE DES BUTANIO DE	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso l en caso de que h	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente: Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lienado de a	re al pie de nuestra: (AS EMANUEL S.J. iar los espacios en vor de CLINICA (MANUEL INSTITU- ia suma total que p itución, medicament nás gastos que se ETITUTO NACION Y náxima tasa permitic (obligantos) a pagar cuerdo con estas in	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE DEMENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PARENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PORECADA DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PO	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso l en caso de que h	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente: Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lienado de a	re al pie de nuestra: (AS EMANUEL S.J. iar los espacios en vor de CLINICA (MANUEL INSTITU- ia suma total que p itución, medicament nás gastos que se ETITUTO NACION Y náxima tasa permitic (obligantos) a pagar cuerdo con estas in	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE DEMENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PARENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PORECADA DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PO	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso l en caso de que h	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lichado de a capceladacen su totalidad, o	re al pie de nuestra: (AS EMANUEL S.J. iar los espacios en vor de CLINICA (MANUEL INSTITU- ia suma total que p itución, medicament nás gastos que se ETITUTO NACION Y náxima tasa permitic (obligantos) a pagar cuerdo con estas in	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE DEMENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PARENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PORECADA DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PO	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso I en caso de que h ente ya nombrado	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilen fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente: Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lienado de a	re al pie de nuestra: (AS EMANUEL S.J. iar los espacios en vor de CLINICA (MANUEL INSTITU- ia suma total que p itución, medicament nás gastos que se ETITUTO NACION Y náxima tasa permitic (obligantos) a pagar cuerdo con estas in	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE DEMENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PARENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PORECADA DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PO	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso l en caso de que h	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lichado de a capceladacen su totalidad, o	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J. Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU Ia suma total que p itución, medicament nás gastos que se TITUTO NACION Y Ináxima tasa permitio (obligamos) a pagas cuerdo con estas in por el saldo en casa	A.S., y/o EMMANUEL Identico del pagare disting EMMNAUEL CONSORO UTO DE REHABILITACIO DE REHABILITACIO DE CASAMA DE C	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso I en caso de que h ente ya nombrado	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será il médicos adscritos a la Instituotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente: Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lienado de acanceladad, o Filma paciente:	re al pie de nuestra: IAS EMANUEL S.J. Iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU Ia suma total que p itución, medicament nás gastos que se TITUTO NACION Y Ináxima tasa permitio (obligamos) a pagas cuerdo con estas in por el saldo en casa	A.S., y/o EMMANUEL Idiologo del pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE REHABILITACIONO DE DEMENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PARENCIAS E HABILITACIONO DE PORTO DE PORECADA DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PORTO DE PO	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso I en caso de que h ente ya nombrado	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po
Nosotros, identificado(s) como apareo NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para ilem fecha hemos suscrito a far EMANUEL S.A.S., y/o EM las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será li médicos adscritos a la Insti cuotas moderadores y dem EMMNAUEL y/o al INS REHABILITACION paciente Intereses de plazo: Intereses de mota a la m Así mismo me (nos) obligo (El pagare será lichado de a capceladacen su totalidad, o	re al pie de nuestra: (AS EMANUEL S.J. iar los espacios en vor de CLINICA IMANUEL INSTITU ia suma total que p itución, medicamen nás gastos que se crittuto NACION Y náxáma tasa permitio (obligamos) a pagas cuerdo con estas in por el saldo en casa	A.S., y/o EMMANUEL Idiblanco dei pagare disting EMMNAUEL CONSORC UTO DE REHABILITACIONO INSPIRIBILITACIONO I	NSTITUTO DE REHA uido con el No	BILITACION Y H TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. tal día, servicios pi muebles e inmuet a en el CONSOI o EMMANUEL I FANTILS.A.S; en ingreso I en caso de que h ente ya nombrado	al INSTITUTO IABILITACION que en la E DEMENCIAS S conforme con restados por los restados po

Friedrich 1991 Water

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 vacarta de in	struccionest (
Mailtings	1 1 - 12 1 1 1	San Riscos	
Cedulă de cludadan	18: 9'55002> de_ S	. <u>එ</u> ලැ	
Estado Civil; <u> </u>	780.90		
Parentesco o calidad	d en la que actúa, si no es el paçiente: 📺	0	
Empresa empleador	s. ingalangiange		
Dirección: 🗠 🖒	De 10 + 14-31 300	r figure.	
Teléfono(s): 3 (d	08175196	A Thirtie Charles	
	diente (profesion a olicio):		
Dirección:			
Telefono(s);	·····································		
.,,			
Carlera ava la infe	overselém mus ha (man) sumfoletuses as unu	dias se dose nel acreamblestante de acreace a l	ممارميدا

Occiaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e invevocable 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 contexido 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 seministrarla a dichas centrales.
- 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 solicitudos 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 ocualizada, 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 crediticjo durante los seis meses anteriores de mi petición.

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las contrales 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 cumplimiente de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro haber feido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

Nombres	s Juan Agostin Herchan 17.	
C.C.:	1944 20 25 30 S 00	
Firma:	flout flouf	