

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

512 FIAT ODAXIAOTUA

PAGARE No.

	lez Quintero y/o	identific
LINICA EMMNAUEL V/O al INSTIT	ras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicion ruto nacional de demencias emanuel s.a.s., y/o EMMA con infantil s.a.s. en adelante cimplemente.	nales de CONSORCI
EHABILITACION Y HABILITACE	ON INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	NUEL INSTITUTO
	S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	por la cantidad d
pital:		- Algunahum sP
ereses de plazo:		P
ereses de mora: a la máxima autori	izada por las autoridades monetarias:	P
OS gastos:	izada por las autoridades monetarias:	p o d'estidad en la ou
igamos a pagar dicha cuma do dina		No
enedor do este pagara al d'	ro al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 14	2-63 o en su orden
tir do este factore de la	dedel año	SEGUNDO: QUE
de esta recha, sobre las obliga	aciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa RO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de extra	de máxima autoria
las autoridades monetarias. TERCEI	RO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare será se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbro este pagare será se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbro el valor del valor del impuesto de timbro el valor del impuesto de timbro el valor del valor del impuesto de timbro el valor del	de maxima autorizad
tos y costos que por dicha cobranza s	se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de dicial, sobre los intereses pendientes, debidas como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de dicial, sobre los intereses pendientes, debidas como el como el valor de como el valor	de nuestro cargo lo
la recha de la respectiva demanda jud	dicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anteriori mora, QUINTO : los hoporarios de abcoado en casa de anteriori	el. CUARTO: a part
reses a la máxima tasa fijada para la	mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo por el valor de la obligación más sus accesarios.	uad o mas, pagaremo
judicial, se establecen en un 20% so	obre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serálidado al acreedor facultando para passales nos estables de la companyo d	to o de pago a la etap
uestos que causen este pagaré, que	dado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere nece.	de nuestro cargo lo
ado por CONSORCIO CLINICA E	MMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EL	sario. Este pagaré ser
MANUEL INSTITUTO DE REHABII	LITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con para tal efecto de conformidad con la dissusata	MANUEL S.A.S., y/
documento a parte hemos impartido	para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622,	n las instrucciones que
ercio.	de comormidad com lo dispuesto en el articulo 622,	inciso 2 del código de
CONTRACTOR OF THE STATE OF THE	ues tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevadade	
a(s): Jurani bonzale	2 Quintero. y/o outra apenta soleval	deudor, michaela
aré será llenado por el acree	edor, de conformidad de la carta de instrucciones, que	Este
	de la carta de las mismonas que	se suscribe how
CARTA DE INSTRI	UCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	copre el incumentador del forma que valas deudor después el
CARTA DE INSTRU	UCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	soure el interpretarion el forma que value el deudor después el
carta de instruotá,D.C.,yo,otros,	UCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	De stoges brobust
otá,D.C.,yo,otros, otros,tificado(s) como aparece al pie de pu	UCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	De social al reformation y/o
otá,D.C.,yo,otros,tificado(s) como aparece al pie de ni	UCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL	y/o y/o al INSTITUTO
carta de Instructión, D.C., yo,	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION
carta de Instruction de Cinner de Ci	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No.	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha
carta de Instruction de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la compan	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No.	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha
carta de Instructoros, etros, etros, etros, etros de la piede nu Ional de Demencias Emanui Antil S.A.S para llenar los espacios es suscrito a favor de CLINICA EN S., y/o EMMANUEL INSTITUTO de locciones:	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conform	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes
carta de Instructoros, peros, cificado(s) como aparece al pie de nu ción de CINICA EMBANTIL S.A.S para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA EMBANUEL INSTITUTO Ducciones:	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conformador de pagare distinguido con el No.	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes
carta de Instructoros, paros, paros, paros, paros, paros, paros, paros, paros de Companya	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta daños ocasionados a la inditinatión de la daños de	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes rados por los médicos
carta de Instructoros, porcos, porcos, principal de notacido (s) como aparece al pie de notacido (s) c	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la reservición (bienes muebles e inmuebles)	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes tados por los médicos o), copagos y cuotas
carta de Instructoros, potros, potros, potros, potros, potros de CIONAL de DEMENCIAS EMANUIANTIL S.A.S para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA EM S., y/o EMMANUEL INSTITUTO de Descritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se have	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la reservición (bienes muebles e inmuebles)	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes tados por los médicos o), copagos y cuotas
carta de Instru otá, D.C., yo, otros, tificado(s) como aparece al pie de nu cional de Demencias Emanui antil s.a.s para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA EN s., y/o EMMANUEL INSTITUTO de ucciones: valor del capital será la suma total que ritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya al INSTITUTO NACIONAL DE DEI	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CL	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes tados por los médicos o), copagos y cuotas
carta de Instructor, yo,	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CL	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes tados por los médicos o), copagos y cuotas
carta de Instructoros, paros, como aparece al pie de nu Instructoros, cificado(s) como aparece al pie de nu Instructoros, como aparece al pie de nu Instructoros de Companyos suscritos a favor de Companyos suscritos a favor de Companyos de	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CL	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes tados por los médicos o), copagos y cuotas
carta de Instructoros, paros, como aparece al pie de no inficado(s) como aparece al pie de no inficado de capital será la suma total que initos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya instituto inficado ingreso con fecha ingreso con fecha tereses de plazo:	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE RESIDENTE.	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes tados por los médicos o), copagos y cuotas
carta de Instructoros, potros, petros, petros de como aparece al pie de ne citonal de demanda de como percenta de como percenta de como percenta de como petros de com	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REPORTADO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REPORTADO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S.	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instru otá, D.C., yo, otros, tificado(s) como aparece al pie de ne cional de Demencias emanui antil s.a.s para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA en S., y/o emmanuel instituto de ucciones: valor del capital será la suma total que ritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya al Instituto NACIONAL DE DEI ILITACION INFANTILS.A.S; del ingreso con fecha entereses de plazo: intereses de mora a la máxima tasa pe ismo me (nos) obligo (obligamos) a re ismo me (nos) obligo (obligamos) a re isimo me (nos) obligo (obligamos) a re	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REPORTADO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S.	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instru otá, D.C., yo, otros, cificado(s) como aparece al pie de ne cional de Demencias emanui antil s.a.s para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA en S., y/o emmanuel instituto de ucciones: valor del capital será la suma total que ritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya al Instituto NACIONAL DE DEI ILITACION INFANTILS.A.S; del ingreso con fecha atereses de plazo: intereses de mora a la máxima tasa pe ismo me (nos) obligo (obligamos) a pr re será llenado de acuerdo con esta re será llenado de acuerdo con esta	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMINISTRADO	y/o y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instru otá, D.C., yo, otros, cificado(s) como aparece al pie de ne cional de Demencias emanui antil s.a.s para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA en S., y/o emmanuel instituto de ucciones: valor del capital será la suma total que ritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya al Instituto NACIONAL DE DEI ILITACION INFANTILS.A.S; del ingreso con fecha atereses de plazo: intereses de mora a la máxima tasa pe ismo me (nos) obligo (obligamos) a pr re será llenado de acuerdo con esta re será llenado de acuerdo con esta	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMINISTRADO	y/o y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instru otá, D.C., yo, otros, tificado(s) como aparece al pie de ne cional de Demencias emanui antil s.a.s para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA en s., y/o emmanuel instituto de ucciones: valor del capital será la suma total que ritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya al INSTITUTO NACIONAL DE DEI ILITACION INFANTILS.A.S; del intereses de plazo: utereses de mora a la máxima tasa pe ismo me (nos) obligo (obligamos) a pr re será llenado de acuerdo con esta elada en su totalidad, o por el saldo el	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMINITARIO DE REM	y/o y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instructoros, portos, portos de carta de ca	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMINISTRADO	y/o y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instructor, otros, ot	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMINISTRADO	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instructoros, potros, potros de Cional de C	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presto, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REPORTE DE PROPERTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REPORTE DE PROPERTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y
carta de Instru otá, D.C., yo, otros, otros, otificado(s) como aparece al pie de no cional de Demencias emanui antil s.a.s para llenar los espacios os suscrito a favor de CLINICA em S., y/o emmanuel instituto de rucciones: valor del capital será la suma total que ritos a la institución, medicamentos eradores y demás gastos que se haya al Instituto nacional de del cilitacion infantils.a.s; del nigreso con fecha ntereses de plazo: ntereses de mora a la máxima tasa pe nismo me (nos) obligo (obligamos) a pre re será llenado de acuerdo con esta elada en su totalidad, o por el saldo en a paciente: responsable:	uestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL EL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION en blanco del pagare distinguido con el No. MINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios presta, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles a incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLE MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMINISTRADO	y/o y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha IENCIAS EMANUEL me con las siguientes cados por los médicos o), copagos y cuotas INICA EMMNAUEL EHABILITACION Y

Instituto Nacional de Demencias Emanuel

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Actualización: -/-

Original:	29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 2 de 2

CL

Afterd

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:
and a contract of the contract
Estado Civil:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Telefono(s): 321 4032688
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:
 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 Yurani Gontalet Quintero.
c.c.: 1.057. 710.937.
Firma: Yurani Gonzalez Quintero.