earuna O	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Control of the contro	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
A Deposit of Deposit o	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

	289
Yo/nosotros: <u>x (Yorka, Hallun, Dannello)</u> Of Co. yo <u>x</u> y/o <u>x i/o/ona. Champlen fromento</u> identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO:</b> que somos deudores incondicionales de	_y/o <u>* i/o/frace_fracestation formation</u> <b>RIMERO:</b> que somos deudores incondicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S.en adelante simplemente el acreedor.	NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
por la cantidad de:	Por
capital:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	rrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día de de	ño <b>SEGUNDO</b> :
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	ses moratorios a la tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	ra judicial de este pagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	el impuesto de timbre, si hay lugar
de el. CUARIO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa filada a mora. Olitaro, los honarios de abondo, en mas	pendientes, debidos con un ano de
antenoridad o mas, pagalemos intereses a la maxima tasa mada para la mora. <b>Cormito:</b> los nomoranos de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	os nonoranos de abogado, en caso le la obligación más sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	eedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	ONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	nos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	
Firma(c). Mother Mind Hamilton Man Man Committee Activities	The Court of the
	de warren

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

se suscribe

dne

de instrucciones,

el acreedor, de conformidad de la carta

Consultation of the second ģ

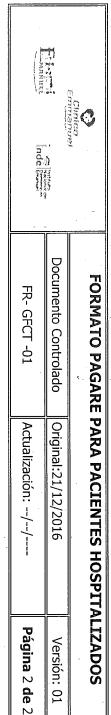
Firma(s):x Este pagaré

	yo/nosotros, Lara Halles Carrier of the you valence Chamber Carrier	identificado(s) como apárece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	las siguientes instrucciones:	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
Bogotá D.C., A	yo/nosotros, Laca Halba Callille a	identificado(s) como apárece al pie de nuestra:	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA	HABILITACION INFANTIL S.A.S para III	No. que en la fecha	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	. El valor del capital será la suma total que por h

- Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

rciente:	Nombre del responsable: Starce Halthe Bassilies
Nombre del paciente: _	Nombre del re
irma paciente:	irma responsable; Antifamined Lamillu



## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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 percegario coñalado en sus reclamentos la información indicada en los literales R y E de esta clásicula.	<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 deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información</li> </ul>	Datos generales de quien(es) ya(ρ) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  Nombres: Μακα Μαμίου Εσημήρ de Us
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	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	Estado Civil: Parades.  Bestado Civil: Parades.  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hagueune  Empresa empleadora: Guidade en la que actúa, si no es el paciente: Hagueune  Dirección: Teléfono(s): Teléfono(s): Dirección: Teléfono(s): Teléfono
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.	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.	Estado Civil: *** ** *** *** *** *** *** *** *** **
necession canalago en sils regismentos la información indicada en los literales 8 V = de está cialistica		Estado Civil: 18000 982.  Estado Civil: 18000 982.  Barrentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 14000 982.  Empresa empleadora: 94000 1000 982.  Empresa empleadora: 94000 1000 982.  Teléfono(s): 1700 982.  A. Consultar, en cualquier tempo, 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.  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 crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información verzo, perfinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información elevante la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SuperRFINANCIERA 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 alchas centrales.  D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
		Cedula de ciudadanía: 2800C 982  Estado Civil: Leade en la que actúa, si no es el paciente: Madre  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Madre  Empresa empleadora: Quidade de la que actúa, si no es el paciente: Madre  Dirección: Teléfono(s):  Trabajador independiente (profesión u oficio):  Trelefono(s):
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la <b>CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S</b> o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:	Cedula de ciudadanía: 2800C 9820 Estado Civil: 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
Dirección:  Telefono(s):  Telefono(s):  Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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 atos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento, 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	Trabajador independiente (profesión u oficio):  Dirección:  Telefono(s):  Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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:	Cedula de ciudadanía: 2809C 932 Estado Civil: 1 Sande La Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1400 DC Empresa empleadora: 240 Madra 1 Jangaranno
Dirección:  Teléfono(s):  Trabajador independiente (profesión u oficio):  Dirección:  Dirección:  Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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	Dirección:  Teléfono(s):  Trabajador independiente (profesión u oficio):  Dirección:  Telefono(s):  Telefono(s):	ciudadanía: <u>38096 922</u> cii: Jeander
Empresa empleadora:	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Wadre  Empresa empleadora: Julialida Haignaturi  Dirección: Haignaturi  Teléfono(s): Trabajador independiente (profesión u oficio): Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Dirección: Dirección que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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:	

C.C.:

096920

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Firma:

Suprahaminedil mindero

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,

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo