	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
Franklike .	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Linkskinz.	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO**: 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,** Por Por Por Nos de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. **SEXTO:** que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por **CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO** autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra 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 de él. CUARTO: 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 fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso 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, SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION HOTE 256 100 P PAGARE No. del año かし intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: STOTES -8 200g el día al tenedor de este pagare, Shona intereses de plazo: capital:

suscribe dne Sutteriez de instrucciones, el acreedor, de conformidad de la carta de ins o por será llenadó pagaré Firma(s): 🖈

INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto,

conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

CONSORCIO y/o al 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 yo/nosotros. Activata the de Cultanes (1000) 20 Angelico Cultanes (1900) 190 Angelico Cultanes (1900) 1900 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (1900) 190 (19 distinguido pagare ф planco e HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: los espacios llenar para S.A.S INFANTIL HABILITACION

- y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente x 2000 Production Conferencial médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los 2017 ingreso con fecha、ロヴ
- 2. 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.

Firma paciente:	dede Nombre del paciente:
Firma responsable; Laturia Mara C.C.: Lilbol 310 Bton	Nombre del responsable: Saluda Heng



nde mass Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/--Página 2 de 2 Versión: 01

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

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.	•	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:	Teléfono(s): 1 83 0 105 3715912587 Trabajador independiente (profesión u oficio): 140mm	Dirección: Correto 88 BN 51-26	Empresa empleadora:	Estado Civil:	Cedula de ciudadanía: 21601310 B+0 05 04 2017
	ניים ס ני	in o o o e b	Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica 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 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 cumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido desempeño como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido 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 estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo estas preserios 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.	Teléfono(s): + 83 O + 0 & 3 1159 + 258 + Trabajador independiente (profesión u oficio): + Hogar Dirección: Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Deciaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.So a quien sea en el futuro el acreedor como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo tuturo de concederme un crédito. 8. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos úties para obtener una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de senta pertuanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período estas pueden 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 período en 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.	Dirección: ASS BOLSES Teléfono(s): ASS DADES SAMBALES Trabajador independiente (profesión u oficio): HOGALES Trabajador independiente (profesión u oficio): HOGALES PERENTACION SUMMINISTRADO ES verifica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o del crédito solicitado, para: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo total la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizad y exacta de mi significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de sestas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. C. Conseverar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo en manera directa y, también, por intermedio de la estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. D. Conseverar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo en manera directa y, también, por intermedio de la estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. Suministrar a las centrales de información indicada en los literales B, y E, de esta cláusula. En manera la entrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	Empresa empleadora: Teléfono(s): 3730505 3715972587 Teléfono(s): 4330505 3715972587 Trabajador independiente (profesión u oficio): 40301 Elefono(s): 1000000000000000000000000000000000000	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Caucara RS BN S126 Teléfono(s): Teléfono(s): Teléfono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA 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 tatos, tratados o sin tratar, tanto sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberas legales de contenido desempeño como obeudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la estas presente una información indicada en los literales y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo en sus regisamentos la información indicada en los literales B, y E, de esta cláusula. E. Suministrar a las centrales de información indicada en los literales B, y E, de esta cláusula. En sinsi rebotones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en intergistros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
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 de manuel instituto de expreso e irrevocable a la 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 patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi significativa.	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:			γ	3	3 9) pace 1
Estado Civil:	Cedula de ciudadanía: 21/60/31/20 B+0 0504207 Estado Civil: Casada Naciones el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Castera 85 BN 5196 Teléfono(s): +83 0+05 37/59+258+ Trabajador independiente (profesión u oficio): +40gar Dirección: Dirección: Consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o del crédito solicitado, para:	iudadanía: 2/60/340 B3 i: COS a da U o calidad en la que actúa, si no es el pac npleadora: Costera 85 BN 51 : +83 0+05 3- independiente (profesión u oficio):	Cedula de ciudadanía: 21601310 B+0 05042017 Estado Civil: Cosada Nable Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: Dirección: Correta 88 B N 519 6	Cedula de ciudadanía: 21601300 B+0 05 04 2017 Estado Civil: Cosodo Nacyke Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora:	Cedula de ciudadanía: 2/160/340 B+0 0504 2017 Estado Civil: Cosodo 46040 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	#1601310 B+	
Datos generales de quijen(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 4 Antag 14 A	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:

CC: Nombres Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo 01310

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.

تirma:

apria

Lord