	934 934
COLON DATA	C.C.: de
as. Judicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El salida del paciente ya nombrado la cuenta no es a tal cuenta.	permitida por las autorida pagar los gastos de las tas instrucciones, si al r en caso de que se haya
prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos itución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL PLANTITUTO DE REHABILITACION Y ENAN COPONICIO NACIONAL	capital será la suma total que por hospitalización, consulta institución, medicamentos, daños ocasionados a la inst y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la ITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., ON INFANTILS.A.S; del paciente (IAICEC HOON INFANTILS.A.S.)
RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO IUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SI No que en la fecha TITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL ION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el Noque 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 HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:
CON ESPACIOS EN BLANCO	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, Oq /O6 /2018. Nosotros,
carta de instrucciones, que se suscribe hoy	y/o
a judicial de este pagare serán de nuestro cargo los esto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir bidos con un año de anterioridad o más, pagaremos jado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa occesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los so por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será IONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o TIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de	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 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 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.
D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o del año SEGUNDO: que a	obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera al tenedor de este pagare, el díadededel añodel año
Por Nos	capital:
PAGARE No. 13/18 Y/o +HA VECE HEVAN GRAVIIC identifical que somos deudores incondicionales de CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE le simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por	tros: The stros: The strost of the strong s
4244	TO KMAN CI
Actualización:// Página 1 de 2	TA TITAL OF
Original: 29/06/2017 Versión: 01	Entransment Passent FR - THRI - 04

nde pemendas de Emanuel

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

8 - THRL 2

Original: 29/06/2017 Actualización:

Página

2

9

N

01

Versión:

4 **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE**

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	QUIEN SUSCRIB	an a
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:		
Nombres: LILLA DEATRIA MAYORGA.		
Cedula de ciudadanía: 20 524 934		
Estado Civil: <u>NIUDA</u>		
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: トストン		
Empresa empleadora:		
Dirección:		
Teléfono(s):		
Trabajador independiente (profesión u oficio):		
Dirección:		
Telefono(s):		
	department of the second of th	

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. ġ.
- 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. à
 - SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas O manera directa y, también, por intermedio puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. a las centrales de riesgo de la información mencionada Ü
 - Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 0 ш
- 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.

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.

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

F 8 30 e Killi 6 CM Nombres ≥ Firma: