LIZADOS	Versión: 01	Página 1 de
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización://
FORMATO PAGARI	FR – THRL – 04	
Commerce Commerce Emmerce	MARKET IN THE PROPERTY OF THE	

Yo/nosotros: ( )	reapital:  Intereses de plazo:  Intereses de plazo:  Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Ortos  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, o bartir de este pagare, el día  del año  SEGUNDO: que a por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL IVSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con la instrucciones que comercio.	Será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy
Yo/nosotros: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	capital: intereses de plazo: intereses de mora: a otros gastos: obligamos a pagar dic al tenedor de este pa partir de esta fecha por las autoridades mo gastos y costos que po de la fecha de la respe intereses a la máxima i prejudicial, se estableo impuestos que causen llenado por CONSOR EMMANUEL INSTITI en documento a parte comercio.	3Firma(s): ( 0 / 1 / 1 / 0 / 1 / 1 / 0 / 1 / 0 / 0 /

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 No.

| 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 HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes 0// CARȚA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Monte Scobor 102 ころ Bogotá, D.C., yo,

orranza 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el **CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL** Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL, INSTITUTO DE REHABILITACION Y QUIEN INFANTILS.A.S; del paciente COSCAS SALS, Y/O EMMANUEL, INSTITUTO DE REHABILITACION Y quien ingreso con fecha Intereses de plazo:

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.	C.C.:dede		Nombre del responsable:	c.c.:de
--	-----------	--	-------------------------	---------

	The last of the la	Environces  Environces  Environces
	FR – THRL – 04	FORMATO PAGAR
Actualización://	Original: 29/06/2017	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
Página 2 de 2	Versión: 01	ALIZADOS

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

Nombres 1. 11 Cm ESCOBOY MONTES  Firma: 1. 11 Cm ESCOBOY MONTES  Firma: 1. 11 Cm ESCOBOY MONTES
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 para la calculación de la cabalidad contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad contenido de la cabalidad contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad contenido de la cabalidad contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad contenido de la cabalidad contenid
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.
<ul> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información sig Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, p <b>SUPERFINANCIERA</b> o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, co puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
<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</li> </ul>
E Q a
Telefono(s): $4/6$ 2 $6$ $6$ $6$ $6$ $6$ $6$ $6$ $6$ $6$ $6$
r independiente (
Dirección: $(r9)$ , $4-62$ .  Teléfono(s): $31)$ 8084483.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Estado Civil: Casado
ien(es) va(n) a