PITALIZADOS	Versión: 01	Página 2 de
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización://
FORMATO PAGARE	FR – THRL – 04	
Conservation Constitution Const	Fifestoric Intuition of District of Dist	

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

Datos general∯ de quien(es) va(n),a suscribir pagare√Carta de instrucciones:
Nombres: Wario Stolla (12 Torres
Cedula de ciudadanía: $\frac{5/727869}{}$
Estado Civil: 1/1000.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \mathcal{MCAr}
Empresa empleadora: The power of the contract
Dirección:
Teléfono(s): 3/1 & 5290 6 3
Trabajador independiente (profesión u oficio): Herop ra Se Sego I/Jao
Dirección: Calle 17 H 14-30 W2012 7 6000 38 tuza
Telefono(s): <u>ろ// &S240</u> 6

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.
- 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. æ.
 - Enviar la informacion 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 información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. ن
- 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. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a Ö.
 - 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. шi

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.

0100 010 Nombres Firma: C.C.:

Towally colo	FORMATO PAGARE P	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZ	LIZADOS
MARKEE INC. Institute of Instit	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización://	Página 1 de 2
	7	PAGARE No.	1432 B
Yo/nosotros: World Skild (1) / 172 / 01705 Y/o do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de 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 en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	(()+/)2 /orres 5) firma(s), declaramos: PRIMERO ITO NACIONAL DE DEMENCIA: N INFANTIL S.A.S en adela		identifica nales de CONSORCIO NUEL INSTITUTO DE por la cantidad de:
capital:intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: otros gastos:	ada por las autoridades monetari	as:	Por
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 al tenedor de este pagare, el día	al acreedor en sus oficinas de Bo	gotá D.C., en la Carrera 22 no. 1 [.] del año	42-63, o en su orden, o SEGUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses 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 nuestro cargo los	iones insultas y los gastos pagare. ••••••••••••••••••••••••••••••••••••	mos intereses moratorios a la tas: o extra iudicial de este pagare ser	a de máxima autorizada án 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 de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad	e ocasionen, así como el valor del i icial, sobre los intereses pendiente	impuesto de timbre, si hay lugar c s, debidos con un año de anterio	de él. CUARTO: a partir ridad 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	nora. QUINTO: los honorarios de bre el valor de la obligación más	abogado, en caso de arreglo dire sus accesorios. SEXTO: que sera	cto o de pago a la etapa án 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	ado al acreedor facultando para pa MNAUEL y/o al INSTITUTO	nacional de demencias i	esario. Este pagaré será 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	ITACION Y HABILITACION IN para tal efecto, de conformidad co	IFANTIL S.A.S de conformidad o	on las instrucciones que
comercio.		-	
s):	y/o		Este
pagaré será llenado por el acreedor,	edor, de conformidad de la	carta de instrucciones, que	ue se suscribe hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

Bogotá, D.C., yo,
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
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:
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.,,9/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTILS.A.S; del pacients Migrel /trigo/ () Miz /orres.
quien ingreso con fecha $26-06-2018$, 1
1. Intereses de plazo:

2. 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.

Nombre del paciente: Miguel Prince Onto Torres

Nombre del responsable:

de

Firma responsable: