Express to Christical Erministrusel	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
Aceta Marional de Marional de Emanuel	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No.	
Yo/nosotros: Manue Montaga Gonzalez y/o identifica	tifica
	°CIO
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad d	de:
	Po Po
	Po'
And the second s	Po
la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
S;	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, o	en, o
al tenedor de este pagare, el día de de de de	ue a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada	izada
por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los	sol o
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	partir
de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos	emos
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	stapa
prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los	0 08
impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	será
llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S v.	0//
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	ane
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de	o de
comercio.	
3Firma(s):	Este

hoy	0//5	UTO ZION Fecha IUEL	dicos Lotas NUEL
suscribe		al INSTITUTO ABILITACION que en la fecha IAS EMANUEL I las siguientes	por los mé bagos y cu A EMMNA
Se		Y H/	dos properties de la composition della compositi
dne	INCO	VUEL Y	presta lebles) O CLI DE RE
será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	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 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., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente Scapio Gonzalez Perida Aprila.
de	I ESF	O CL O CL JTO	hosp nes ia en <b>NUE</b>
carta	ZE CON	SORCI TITUTO On el No NSTITO ACION	itaria y ón (bie nanenc <b>EMMA</b>
<u>a</u>	IGAF	CON INS do cd al II	priorititudi titudi perr y/o
de	R PA	JEL JEL nguic y/o HAB	sulta instanta de la
conformidad	PARA LLENA	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUT S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I instrucciones:	1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes mi moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el <b>y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL HABILITACION INFANTILS.A.S</b> ; del paciente Scrapo Contale Peri la quien ingreso con fecha 14 - 07 - 18
de	SNES Go	A.S., anco de UEL	hospi os oc rrido IAS
acreedor,	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA L Bogotá, D.C., yo, Manuel Montaya Gonzalez Nosotros,	de nuestra MANUEL S.A spacios en bla CA EMMNA UTO DE REI	nentos, dañ se haya incu <b>DE DEMENC</b> S; del pac
<del>e</del>	)E 11	al pie S EN os es LINI	ma to
por	TA B	rece ICIA enar l e Cl	la su , me istos cron NTII
llenado	CAF	como apa E DEMEN. S para Ile a favor d	adscritos a la institución, medicamentos, emoderadores y demás gastos que se haya y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMI HABILITACION INFANTILS.A.S; del quien ingreso con fecha 14 - 07 - 18
será	).C.,yo,	ado(s) c  VAL DE  TIL S.A.  USCrito  V/o EM  Ones:	I valor del capital se critos a la instituc deradores y demás a l INSTITUTO I BILITACION IN en ingreso con fech
pagaré	Bogotá, D.C., Nosotros,	identificado(s) como NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S pa hemos suscrito a fav S.A.S., y/o EMMAN instrucciones:	1.El valor del capital: adscritos a la institumoderadores y dema y/o al INSTITUTO HABILITACION II quien ingreso con fec

⊞ S

pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:

qe

de

Montaga

Manel

Firma responsable: A Nombre del responsable: C.C.: 1.016.013.503

Firma paciente:

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar

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

Intereses de plazo:

e 응 2

σ

Este

	Commentues  Commen	tansoren Einica
	FR - THRL - 04	FORMATO PAGARI
Actualización://	Original: 29/06/2017	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
Página 2 de 2	Versión: 01	LIZADOS

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

Nombres Manuel Montoga Gonzalec
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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.
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.
necesario señalado en sus reglamentos la informacion indicada en los literales b. y E. de esta clausula.  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.
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
tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de ini describendo de 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 <b>SUPERFINANCIERA</b> o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas
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 cumplim sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de consobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de consobre el incumplimiento.
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como
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:
Telefono(s):
Dirección:
٦ ۱
··
١, ١
Parentesco o calidad en la que actua, si no es el pacielite:
Estado Civil: SONTRIO
Cedula de ciudadanía: 1.0[6.0[3.50]
Nombres: Johan Manuel Montoya (nortalet
າ) a suscribir pag

Firma: