## Emmanuel indeligence

EODMATO	DACADE	DADA DACTENTEC	HOCDITALITADOS
FURINIU	PAGAKE	PARA PACIENTES	HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

V- (	os: /egorono	Colho	( Bropf			ŀ	PAGARE No.	1828 8	3	
Yo/nosotr	os: 1 egvino	- 62510	1/ / * '	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		y/o				identifica
do(s) cor	no aparece al	pie de m	ii (nuestras)	firma(s), decl	aramos:	PRIMER	RO: que somo	s deudores	incondi	cionales d
CONSOR	CIO CLINICA	EMMNAUE	L y/o al I	NSTITUTO NA	CIONAL	DE DEM	ENCIAS EMA	NUEL S.A.S	., y/o E	MMANUE
TN21110	TO DE REHAB	ILITACION	A A HABILI	TACION INFA	NTIL S.A	<b>.S</b> en ade	elante simplem	ente el acre	edor, por	la cantidad
de:								<del></del> .		
Por capita										
intere	ses de plazo: _			1	·			· · · · · ·		Po
otros	de mora: a la i	naxima auc	orizada por	ias autoridades	monetari	as:				Po
	gastos:		ara al arras	Jan an 6.1		1/20				Nos
al tanadar	a pagar dicha s	ouma de din	iero ai acreei	or en sus oncir	ias de Bo	gota D.C.	, en la Carrera	22 no. 142-	63, o en :	su orden, o
ar reneadi	de este pagar	e, ei dia		ae	3x 3	114114	del ano	<u> </u>	SEGUNI	<b>DO:</b> que a
parur u	e esta fecha,	sobre las	obligacione:	s insultas y los	gastos	pagaremo	os intereses m	oratorios a	la tasa d	de máxima
autorizada	por las autorio	lades mone	etarias. TER	CERO: que en	caso de	cobro juc	licial o extra ji	idicial de es	te pagar	e serán de
A CHAR	irgo los gastos	/ costos que	e por dicha d	obranza se oca	sionen, a	si como e	l valor del imp	uesto de tim	ibre, si ha	ay lugar de
er. CUAR	TO: a partir de	ia recna c	de la respec	tiva demanda j	udicial, s	obre los	intereses pend	ientes, debi	dos con	un año de
arrodo dir	id o más, pagar	emos intere	eses a la mai	xima tasa fijada	para la r	nora. <b>Q</b> U	INTO: los hon	orarios de a	bogado,	en caso de
SEVIO OF	recto o de pago	) a la etapa	a prejudiciai,	se establecen	en un 20	% sobre	el valor de la	obligación i	más sus	accesorios.
cuenta di f	ue serán de nue	Stro cargo	ios impuesto	s que causen e	ste pagar	e, queda	do al acreedor	facultando p	ara paga	rlos por mi
DE DEME	fuere necesario.	Este pagai	re sera liena	do por CONSO	RCIO CL	INICA E	MMNAUEL y	o al INST	ITUTO N	IACIONAL
SAS de a	NCIAS EMAN	VEL S.A.S. Lac inctru	., y/o EMM	ANUEL INSI	IUIO D	E KEHAI	BILITACION	Y HABILIT	ACION :	INFANTIL
dispuesto e	conformidad co en el artículo 62	2 incico 2	cciones que dol código do	en documento	a parte n	emos imp	partido para ta	efecto, de	conformi	dad con lo
uispacsto t	en ei articulo 62	ک <sub>ا</sub> ۱۱۱۲۱۵۵ کے د	uei codigo de	comercio.						
Firma(s):_				y/o						Este
pagaré se	erá llenado (	oor el ac	creedor. de	conformidad	de la	carta	de instruccio	nes que	CO CHC	cribe boy
		4	<u> </u>	<u> </u>				, ,,,	00 000	
D			TRUCCIONE	S PARA LLEN	AR PAGA	RE CON	ESPACIOS E	I BLANCO		-
	C.,yo,		*. <u> </u>							y/o
	(-)				·· ·	<del></del> .			<del>-</del>	
MACTONA	o(s) como apare	ce al ple de	e nuestras fir	mas, autorizam	os a CON	ISORCIO	O CLINICA EM	IMNAUEL y	o al IN	ISTITUTO
INFANTI	L DE DEMENO	AAS EMAN	YUEL S.A.S.	, y/o EMMAN	UEL INS	111010	DE REHABII	ITACION Y	/ HABIL	ITACION
fecha hemi	. <b>S.A.S</b> para lle	nai ius esp	TAITCA EM	nco dei pagare	aistingui	do con el	No			que en la
FMANIIFI	os suscrito a fa S.A.S., y/o E	MMANIIFI	LINICA EN	UNIVACE CON	TTACIO	yyo ai	INSTITUTO	NACIONAL	DE DE	MENCIAS
las siguient	es instrucciones	·	1143111010	DE KEHADII	LIACIO	N I HAD	ILLIACION I	NFANIIL S	.A.S con	forme con
	del capital será		tal que nor	hoenitalización	concult	a priorita	ria u baanital .	1/		
médicos ad	Iscritos a la ins	titución, me	edicamentos	daños ocasion	ados a la	inchituci	ila y Hospital ( ón: Chionoc mu	ila, servicios	prestado	os por ios
cuotas mod	deradores y de	más nastos	oue se hav	va incurrido no	concent	o do la i	on (bienes mu		uebies), (	copagos y
EMMNAUE	L y/o al IN	STITUTO	NACTONAL	DE DEMENC	TAS EM	ANIIEI (	Permanencia e	HEL CONS	UKCIU	CLINICA
REHABILI	TACION	,	Y	HARTITI	TACION	HIVEL .		TILS.A.S;	THOTH	
paciente_//	lowel Em	iga la	Spillo (	and HABILIT	ACION		quien	•	con	del
1		1					quien	ingreso	con	fecha
1. Interese	es de plazo:	<del></del>		<del></del>		-	· <u></u>			
	es de mora a la i	máxima tas:	a nermitida n	or las autoridad	oc monat	eriac				
Así mismo r	ne (nos) obligo	Cobligamos	a permidua p	rastor do tac	obranaaa	uraindiai	سماماماماما مسا		1.	
El pagare se	erá ilenado de a	cuerdo cor	n estas instri	rgasios de las i	omento.	prejudici do la calid	iai y juulciai eri da dal pasionto	caso de que	: naya iu	gar a ello.
cancelada e	n su totalidad, d	nor el sald	in en caso de	acciones, si ai ii	onienio i	ue la Salic	ua dei paciente	ya nombra	o la cue	inta no es
	oa totaliaaa, t	por croaia	io cii caso ac	que se maya m	citio abol	io a tai ci	ienta.			
Firma	paciente:	_			-		Nombre	del		paciente:
C.C.:		<del></del>		de						
Firma respon	nsable: [ ]	10094011	CAST.	en U.				•	•	
ylòmptë del	rachoncahild (	explano	Colpo (/	ango						
	A	0119961	70 10	,						
	nsable: (E.g.)	7733	144							



FORMATO PAGA	ARE PARA PACIENTES HOSPI	TALIZADOS
FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 2 de 2

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

PAGARE 1 CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: legorono Costo Varos
Cedula de ciudadanía: 10 47385749
Estado Civil: Casada
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Espol e
Empresa empleadora: Dire Selo)o
Dirección: <u>Calle 68</u> # # 66 -51
Teléfono(s): 3115306 495
Trabajador independiente (profesión u oficio): Omo ele Cola
Dirección:
Telefono(s):
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:
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 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 de udar descripción de beber extrado y exacta de mi desempeño como de udar descripción de beber extrado y exacta de mi 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 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.
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.
Nombres / Cydrone Colto Vagos
c.c.: 1047 385749
Nombres Lydiano Colto Vagos  C.C.: 1047 385749  CFYDUM NOW CHISU V.