FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Einstituto Nacional de Demencias Emanuel

Página 2 de 2

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

558 FAR POTOASTROTUA TY.ON BARDAY DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA

Yo/nosotros: * Jose Mauric	io Florez v/o	identifica
	ras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos de	eudores incondicionales de CONSORCIO
CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTI	TUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.	A.S., V/O EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACI	ION INFANTIL S.A.S en adelante simplemen	ite el acreedor, por la cantidad de:
		Por
capital:		Por
ntereses de plazo:		Por
ntereses de mora: a la máxima autor	rizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	The second secon	Nos
bligamos a pagar dicha suma de dine	ro al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la	Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o
l tenedor de este pagare, el día	dedel añ	ioSEGUNDO: que a
por las autoridades monetarias. TERCE gastos y costos que por dicha cobranza de la fecha de la respectiva demanda juntereses a la máxima tasa fijada para la prejudicial, se establecen en un 20% se impuestos que causen este pagaré, que denado por CONSORCIO CLINICA de manda parte hemos impartido comercio.	aciones insultas y los gastos pagaremos intereses mero: que en caso de cobro judicial o extra judicial de se ocasionen, así como el valor del impuesto de timudicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un amora. QUINTO: los honorarios de abogado, en casobre el valor de la obligación más sus accesorios. Redado al acreedor facultando para pagarlos por mi cue el manda de la companya per manda de la companya pagarlos por mi cue el manda de la companya pa	de este pagare serán de nuestro cargo los abre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir un año de anterioridad o más, pagaremos so de arreglo directo o de pago a la etapa SEXTO: que serán de nuestro cargo los uenta si fuere necesario. Este pagaré será E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o de conformidad con las instrucciones que en el artículo 622, inciso 2 del código de
irma(s): //www.agaré será llenado/por el acr	reedor, de conformidad de la carta de i	nstrucciones, que se suscribe hoy
carra de instituto de la composição de l	RUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPA	ACIOS EN BLANCO
carra de Institución de la composición del composición de la composición del composición de la composición del composición de la composición del composición de la composición	RUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPA	ACIOS EN BLANCO y/o
CARTA DE INSTIBORDA DE CARTA DE INSTITUTO DE CARTA DE CARTA DE INSTITUTO DE CARTA DE C	RUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPA nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE I os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita cos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION Que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTI cogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece al pie de laCIONAL DE DEMENCIAS EMAN NFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I G.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO instrucciones: El valor del capital será la suma total o descritos a la institución, medicament inoderadores y demás gastos que se h y/o al INSTITUTO NACIONAL DE D IABILITACION INFANTILS.A.S; uien ingreso con fecha	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE los en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita tos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION Que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTI Gogotá, D.C., yo, Josotros, Jentificado(s) como aparece al pie de IACIONAL DE DEMENCIAS EMAN NFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I G.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: El valor del capital será la suma total d descritos a la institución, medicament noderadores y demás gastos que se h l/o al INSTITUTO NACIONAL DE D IABILITACION INFANTILS.A.S; uien ingreso con fecha Intereses de plazo:	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE I os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita tos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTI Bogotá, D.C., yo, Bosotros, Bentificado(s) como aparece al pie de NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN NFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I B.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: B.E. I valor del capital será la suma total d descritos a la institución, medicament inoderadores y demás gastos que se h a la linstitutión al INSTITUTO NACIONAL DE D IABILITACION INFANTILS.A.S; Buien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa	RUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPA nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE I os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita tos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION Que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTI Bogotá, D.C., yo, Bosotros, Centificado(s) como aparece al pie de NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN ENFANTIL S.A.S para llenar los espaci nemos suscrito a favor de CLINICA I B.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: L.El valor del capital será la suma total d indecritos a la institución, medicament inoderadores y demás gastos que se h inoderadores y demás gastos que	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE I os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita tos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente CONSORCIO	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTI Bogotá, D.C., yo, Blosotros, Centificado(s) como aparece al pie de NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN INFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I B.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: I.El valor del capital será la suma total o descritos a la institución, medicament inoderadores y demás gastos que se h i/o al INSTITUTO NACIONAL DE E IABILITACION INFANTILS.A.S; quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa usí mismo me (nos) obligo (obligamos) lagare será llenado de acuerdo con el ancelada en su totalidad, o por el saldo	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE l os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita cos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente CONSORCIO	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y dicial en caso de que haya lugar a ello. El paciente ya nombrado la cuenta no es
CARTA DE INSTI logotá, D.C., yo, losotros, lentificado(s) como aparece al pie de lACIONAL DE DEMENCIAS EMAN NFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I I.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: Il valor del capital será la suma total o discritos a la institución, medicament inoderadores y demás gastos que se h /o al INSTITUTO NACIONAL DE E IABILITACION INFANTILS.A.S; uien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa sí mismo me (nos) obligo (obligamos) agare será llenado de acuerdo con e ancelada en su totalidad, o por el salde irma paciente:	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE I os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita tos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente (DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente (DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y jud estas instrucciones, si al momento de la salida del o en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y dicial en caso de que haya lugar a ello. El paciente ya nombrado la cuenta no es
CARTA DE INSTI logotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece al pie de laCIONAL DE DEMENCIAS EMAN NFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I B.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: El valor del capital será la suma total o discritos a la institución, medicament noderadores y demás gastos que se h //o al INSTITUTO NACIONAL DE D IABILITACION INFANTILS.A.S; uien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa sí mismo me (nos) obligo (obligamos) agare será llenado de acuerdo con e ancelada en su totalidad, o por el saldo irma paciente: .C.:	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE l os en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO N DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita cos, daños ocasionados a la institución (bienes m aya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente CONSORCIO CLI DE LOS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL del paciente CONSORCIO CLI DE LOS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL del paciente CONSORCIO CLI DE LOS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL del paciente CONSORCIO Y/O EMMANUEL DEL TENENTICIO Y/O EM	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y dicial en caso de que haya lugar a ello. El paciente ya nombrado la cuenta no es
CARTA DE INSTI Gogotá, D.C., yo, Josotros, Jentificado(s) como aparece al pie de JACIONAL DE DEMENCIAS EMAN NFANTIL S.A.S para llenar los espaci emos suscrito a favor de CLINICA I J.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Instrucciones: El valor del capital será la suma total o doscritos a la institución, medicament noderadores y demás gastos que se h y/o al INSTITUTO NACIONAL DE E IABILITACION INFANTILS.A.S; uien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa sí mismo me (nos) obligo (obligamos) agare será llenado de acuerdo con e ancelada en su totalidad, o por el saldo ancelada en su totalidad, o por el saldo	nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE los en blanco del pagare distinguido con el No. EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA que por hospitalización, consulta prioritaria y hospita cos, daños ocasionados a la institución (bienes maya incurrido por concepto de la permanencia en el DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL del paciente	NICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION que en la fecha ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INTIL S.A.S conforme con las siguientes al día, servicios prestados por los médicos uebles e inmuebles), copagos y cuotas el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y dicial en caso de que haya lugar a ello. El paciente ya nombrado la cuenta no es



Página 1 de 2

FORMATO	PAGARE	PARA PACIENTES	HOSPITALIZADOS
---------	--------	-----------------------	----------------

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

Joenblica Vo	10/1030ft03: X 2 X 3 X 1030ft03
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones	do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declar CLIVICA EMMONALIEI, y/o al TRISTITITIO NACIONALI
Nombres: Jose Maeri (10 610270	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL
Cedula de ciudadanía: 80395 386	The state of the s
Estado Civil: Unichobra.	capital; intereses de plazo;
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	intereses de mora: a la máxima autorizada por las autor
Empresa empleadora: AUCA MALLULGA SAS	otros godina obligamos a pagar dicha suma da dinem al accoadar en e
Dirección: Vera da La Salva	obligamos a papar olicha suma da ginero al accesoros el al tenedor de este pagare, el día
Teléfono(s): 2578730	partir de esta fecha, sobre las obligadores insultas y
PALANTA AND STATE OF THE SAME AND STATE OF THE SAME STATE OF THE S	por las autorid ades monetorias. Ten cureos auc en caso s
Trabajador independiente (profesión u oficio):	gastos y costo <u>s que por dicha cobratas se ocadiseas. as </u>
Dirección:	the first states for another states of the s
Telefono(s):	prejudicial, se adableces a sesses de la constitución
CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS E REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesco toda la info	I futuro el acreedor del crédito solicitado, para:
 A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la info deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de conc 	ormación relevante para conocer mi desempeño como
B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o s	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, co	ompleta actualizada y exacta de mi desempeño como
deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles p	para obtener una información significativa.
C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen fu	manera directa y, también, por intermedio de la
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	s 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 socioeconómica públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	is que yo haya entregado o que consten en registros
20010111 201 00 2005 22 10 2001123 0 documentos publicos.	1. El valor del capital será la suma total que por hospitalita
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje va que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las cocuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante	constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación entrales de información de la obligación de indicarme.
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información ines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segu competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero matemáticos, conclusiones de ellas	ón de riesgo divulgar la información mencionada para undo, a verificar por parte de las autoridades públicas o, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos
natemáticos, conclusiones de ellas.	
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla o sus alcances y sus implicaciones.	comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
Nombres & To See enflustició Mazez	CC.: de
c.c.: ,80395726	Numbre del responsable: Numbre del respons
Firma: > /willish	CC: 1780277386 dev
F- F-13	