	cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	cancelada en su totalidad, o por el
que haya lugar a ello. El mbrado la cuenta no es	Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. Regara será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no	Así mismo me (nos) obligo (obligam
-	Intereses de plazo:	 Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima
		quien ingreso con fecha
E REHABILITACION Y	S.A.S., y/o EMMANUEL INSTIT	y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL
inmuebles), copagos y cuotas	entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmue	adscritos a la institución, medicamentos,
estados por los médicos	instrucciones: - El calcada constal como total que por hospitalización consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos	instrucciones:
EMENCIAS EMANUEL forme con las siguientes	hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. v/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme con las siguientes	hemos suscrito a favor de CLINIC
ON Y HABILITACION que en la fecha	DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO S para llegar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	Identificado(s) como aparece al ple NACIONAL DE DEMENCIAS EM. TNEANTTI S A S para llegar los est
	the Espinose autorizamos a CON	Nosotros, Jach jeneral
٧/٥	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	ŽŽ.
3		
que se suscribe hoy	y/o	Firma(s): pagaré será llenado por el
		comercio.
on las instrucciones que , inciso 2 del código de	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	EMMANUEL INSTITUTO DE REHA en documento a parte hemos impart
sario. Este pagaré será	impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	impuestos que causen este pagaré, o
cto o de pago a la etapa in de nuestro cargo los	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 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 Presideiral se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los	de la lecita de la respectiva dell'intereses a la máxima tasa fijada para intereses a la máxima tasa fijada para
e él. CUARTO: a partir idad o más, pagaremos	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 do la focha de la recoertiva demanda indicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos	gastos y costos que por dicha cobran do la focha de la respectiva demanda
de máxima autorizada án de nuestro cargo los	partir de esta fecha, sobre las obligaciones insults 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	partir de esta fecha, sobre las ob
SEGUNDO: que a	obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142 al tenedor de este pagare, el díadededel año	ਲ ਝ
		intereses de mora: a la máxima aut otros gastos:
Por		intereses de plazo:
Por		
nales de CONSORCIO NUEL INSTITUTO DE por la cantidad de	do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudorés 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 REHABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de	do(s) como aparece al pie de mi (nues CLINICA EMMNAUEL y/o al INST REHABILITACION Y HABILITAC
mome 2 identifica	Espita Espinosa, 410 Hay he Espinesa Jim	Yo/nosotros: Tach ternamelo
2	PAGARE No.	
Página 1 de 2	- - - - - -	
Versión: 01	ER _ THRI _ 04 Original: 29/06/2017	Entimatriculai Instituto de Nacional de Denercias
IZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Largedorea
		TOTAL ALABAMAT TO THE

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 9 - [- THRL \mathbb{H}

Actualización: --/--/--Original: 29/06/2017

7 d \sim Página

Versión: 01

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de insti	rucciones:
Nombres: Jachr Hernande Espith Espinage	
Sedula de ciudadanía: 1076/01738	
Stado Civil: Solfero	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
[eléfono(s):	
Frabajador independiente (profesión u oficio):	COLOR TO SERVICE SERVI
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:

- 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. Ä
- 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 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. la información mencionada a las centrales de riesgo de ن
 - Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo ä
- 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 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 natemáticos, 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 implicacione:

	Espinose			
	Fornando Esos ta	736 0		
contract of the second	Nombres Yach For	1016102738	27/12	
5	Nomb	:: ::	Firma:	