	8	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	Bogotá D.C. vo.
Este suscribe hoy	Se Se	y/o llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que	Firma(s): pagaré será
o de pago a la etapa le nuestro cargo los io. Este pagaré será NUEL S.A.S., V/o as instrucciones que ciso 2 del código de	án de nue esario. Es esario. Es esario es	prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán 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 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 comercio.	prejudicial, se e impuestos que collenado por CO EMMANUEL IN en documento a comercio.
ma autorizada estro cargo los IRTO: a partir is, pagaremos	a de máxi án de nuc de él. CU/	por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán 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. <b>CUARTO:</b> a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tora final a su la como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. <b>CUARTO:</b> a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos	por las autorida por las autorida gastos y costos de la fecha de la
·63, o en su orden, o <b>SEGUNDO:</b> que a	42-63, o (	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 díadededel añosEGUNDO: que a	al tenedor de es
Por		Intereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias:	intereses de mo otros g
Por		plazo:	capitai: de
CONSORCIO ISTITUTO DE Cantidad de:	onales de NUEL IN por la	e de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS HABILITÀCION INFANTIL S.A.S en adeiant	do(s) como aparece ai pi CLINICA EMMNAUEL REHABILITACION Y
identifica	70 B	ISAUR POJAS CRUZ Y/O	Yo/nosotros:
Página 1 de 2	Pági	Actualización://	
Versión: 01	Vei	nde Demandia FR — THRI — 04 Original: 29/06/2017	MANAGEL
Š	LIZADC	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	100

Bogotá, D.C., yo,			0/0
Nosotros,			
identificado(s) como apare	e al pie de nuestra	is firmas, autorizamos a CON	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI INICA EMMNAJEI v/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENC	IAS EMANUEL S.	A.S., y/o EMMANUEL INS	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION
TNEANTI S.A.S para lien:	ar los espacios en bla	INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	
hemos suscrito a favor de	CLINICA EMMNA	UEL CONSORCIO y/o al I	O NACIONAL DE DEMENC
SAS, YO EMMANUEL T	NSTITUTO DE REI	HARTI TTACTON Y HARTI IT	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 prior	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, dañ	ios ocasionados a la instituci	adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas
moderadores y demás gast	os que se haya incu	urrido por concepto de la perr	moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL
y/o al INSTITUTO NACI	ONAL DE DEMENO	CIAS EMANUEL S.A.S., y/o	y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANI	TLS.A.S; del pac	HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente VON CECILIA DIAZ POHERO	a DIAZ POHERO
quien ingreso con fecha		10 mm	
Totoroco do plato.			

Intereses de plazo:
 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 salido en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

CC: 7	Nombre de	Firma responsable	C.C.:	Firma paçi	
964396	el responsable	onsable:	C.C.: 79745595	onto:	
7	Nombre del responsable: IJAULO ROTAS CAR	1 Tal	1		
	R5725	R			The state of the state of
to Basis	CRIZ		de CHIN	2	
0)			de CHILLGUANS - CCSAC	Nombre del paciente: 100 1 CECICIA DIAZ ROREI	
				582	
				CEUCIA	
				DIAZ	
	1			Brei	

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

8 - THRL 4

Versión: 01 Original: 29/06/2017

de Página 2 Actualización: --/--/

## RIBA DAPA OHITEN AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO,

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) Va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: ISAURA 12725 CRUZ
Cedula de ciudadanía: 79687965 DE Bros
Estado Civil: (AS & D.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: こんとしている
Empresa empleadora: / ハンピルコピルコピル・アピ
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): A らさいな ハンジャシャンル・ア
Dirección: CL22D # 93-16 (454 78 GAMS 2 CONT. MODELIS (MOFILIS)
Telefono(s): 3/25955/49.

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. ď
- 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. ä
  - O SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas por intermedio también, manera directa puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. a las centrales de riesgo de mencionada la información Ü
- 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. Ö
- 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. ш

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, uando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

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 a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para natemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro habe	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla com	a comprendido a cabalidad,	d, razón por la cual	-
sus alcances	Ilcances y sus implicaciones.			
Nombres	ISAULO POTOT COLE			
	79637998 DE Br			. 1

Firma:

ntiendo