		to Consido Consido Content 2 María Consido Content 2 María Consido de Boystu	Firma responsable: MCIG Nombre del responsable: MCIG C.C.: 102013468
e que haya lugar a ello. E ombrado la cuenta no e	des monetarias. cobranzas prejudicial y judicial en caso de nomento de la salida del paciente ya no hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:	sa permitida por las autorida s) a pagar los gastos de las o estas instrucciones, si al m ldo en caso de que se haya	 Intereses de plazo: Intereses de mora a la la
prestados por los medicos bles), copagos y cuotas CLINICA EMMNAUEL PEREHABILITACION Y	ulta prioritaria y hospital día, servicios p institución (bienes muebles e inmue de la permanencia en el CONSORCIO A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D	instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los medicos 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los medicos a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas adscritos a la institución de en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 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 e quien ingreso con fecha	instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total adscritos a la institución, medicamer moderadores y demás gastos que se y/o al INSTITUTO NACIONAL DE HABILITACION INFANTILS.A.S; quien ingreso con fecha
ON Y HABILITACION ON Y HABILITACION que en la fecha pemencias emanuel nforme con las siguientes	s a CONSORCIO CLINICA EMMNAU EL INSTITUTO DE REHABILITACIO Iguido con el No. V/o al INSTITUTO NACIONAL DE D HABILITACION INFANTIL S.A.S con	Nosotros,	Nosotros, identificado(s) como apareco NACIONAL DE DEMENCI INFANTIL S.A.S para llena hemos suscrito a favor de S.A.S., y/o EMMANUEL II
CO	PAGARE CON ESPACIOS EN BLANG	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	CARTA Bogotá,D.C.,yo,
ue se suscribe hoy	le la carta de instrucciones, qu	r el acreedor, de conformidad de	3Firma(s): pagaré será llenado por
dad o más, pagaremos to o de pago a la etapa n de nuestro cargo los sario. Este pagaré será MANUEL S.A.S., y/o on las instrucciones que, inciso 2 del código de	ilentes, debidos con un año de anteriorio de abogado, en caso de arreglo directos de abogado, en caso de arreglo directos sus accesorios. SEXTO: que será más sus accesorios. SEXTO: que será ra pagarlos por mi cuenta si fuere nece rara pagar	gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de como el valor del impuesto de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos de la fecha de la respectiva de maxima 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 sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los 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 llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o llenado por conscional de la creación de la conformidad con la ricula de la conformidad con la creación de la cr	de la fecha de la respectiva de intereses a la máxima tasa fija prejudicial, se establecen en impuestos que causen este pa llenado por CONSORCIO C EMMANUEL INSTITUTO D i en documento a parte hemos comercio.
no. 142-63, o en su orden, o SEGUNDO: que a la tasa de máxima autorizada are serán de nuestro cargo los lugar de él. CUARTO: a partir	e Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 143 del año garemos intereses moratorios a la tasa cial o extra judicial de este pagare será	otros gastos:	otros gastos:
Por Nos		la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	ses de plazo:
identifica ales de CONSORCIO UEL INSTITUTO DE por la cantidad de: Por	PAGARE No. PAGARE No. V/o - LOYM, Clo Ov hank 2 PAGARE No. V/o - LOYM, Clo Ov hank 2 PAGARE No. PAGARE No. Ov hank 2 Ov hank	PAGARE No. 1493 B Yo/nosotros: 1010 Control of bother 2 Consortion of the recommendation of the recommendati	Yo/nosotros: (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)
Página 1 de 2	Actualización://	FR – THRL – 04	TANAMAMATEL Ende France
Versión: 01	Original: 29/06/2017		
ZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	EORMATO PAGARE	

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 FR – THRL – 04 Actualización://

2

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

Dirección: CUIP 3 甘 3 E - 116 Dirección: CUIP 3 甘 3 E - 116 Teléfono(s): 8 8 3 20 3 6 - 3 1 9 3 6 9 2 4 7 0. Trabajador independiente (profesión u oficio): これ くしいし 3 中 3 E - 11 6.	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 村山道 CDASCIO GON LAN Cedula de ciudadanía: 10203子46よう (4 日本) Estado Civil: こうしか
Telefono(s): X 83,2634 - 71834 9 3/2 3	Dirección: CUIP 3 本 3 E - 116 Dirección: CUIP 3 本 3 E - 116 Teléfono(s): 8 6 3 20 3 6 - 3 1 9 3 6 9 2 4 7 0 Trabajador independiente (profesión u oficio): これくしいた

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 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, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. æ.
 - **SUPERFINANCIERA** o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas y, también, por intermedio deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. de riesgo de manera directa puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. la información mencionada a las centrales Ċ.
 - 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. \Box
- 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. ய்

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.

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 La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y habe

ora ciadodia y nabena comprendido a cabalidad, razón por la cual e			
			4
	60 horres		(Or terr
icaciones.	Consido	GFD .	Contello
sus alcances y sus implicaciones.	40110	010474	Hard
sus alcano	Nombres_	C.C.:	, Firma:
	_		•