FORMATO PA	FR - THRL - 04
	nde personal
2	Friendling.

GARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Christian			
P. Region of the Communication	FB - THB! - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización:/	Página 1 de 2
		PAGARE No.	1251 8
Yo/nosotros: Gloria ya	lovia yamile suerez	We william Hernander	nood identifica
do(s) como aparece ai pie de mi (nuestras) firma(s), deciaramos: PRIMERO: que somos deudores incondidonaies de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o ai INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILLIACION Y MABILLIACION INFANTIL S.A.S en adeiante simplemente el acreedor, por la candad de:	ras) firma(s), declaramos: PKIP TUTO NACIONAL DE DEMEN ION INFANTIL S.A.S en a	e ai pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PKIMEKU: que somos deudores incondicionaies de CONSOR. UEL y/o ai INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO N Y HABILLIACION INFANTIL S.A.S en adeiante simplemente el acreedor, por la cantidad	MANUEL INSTITUTO DE or, por la candad de:
capitai:			2 2
intereses de plazo:			Por
Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias; otros	nzada por las autoridades mor	etanas:	Por No.
mos a pagar	ero al acreedor en sus oricinas d	e Bogota D.C., en la Carrera 22 no	1. 142-63, o en su orden, o
al tenedor de este pagare, el dia	de	del ano	SEGUNDO: due a
partir de esta recha, sobre las obligaciones insultas 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 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 de la foca de la receptiva demanda fuelcial color de la companya de la companya fuelcial color de la companya	BERO: que en caso de cobro judi se ocasionen, así como el valor	ma, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judícial o extra judícial de este pagare serán de nuestro cargo los por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir	tasa de máxima autorizada serán de nuestro cargo los ar de él. CUARTO: a partir
or la recisa de la respondra destanta judicial, sobre los mereses pendientes, debidos con un ano de antenondad o mas, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honoranos de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cardo los	uniciai, sobre los intereses pend a mora. QUINTO: los honorario sobre el valor de la obligación r	ientes, debidos con un ano de ante os de abogado, en caso de arregio d más sus accesorios. SEXTO: que s	nondad o más, pagaremos lirecto o de pago a la etapa 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., v/o	edado al acreedor facultando pa EMMNAUEL y/o al INSTITU	ra pagarlos por mi cuenta si fuere n	necesario. Este pagaré será S EMANUEL S.A.S., v/o
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el anficulo 622 inciso 2 del códico de	to para tal efecto, de conformid	N INFANTIL S.A.S de conformida ad con lo dispuesto en el artículo f	d con las instrucciones que

Este y/o al INSTITUTO Y Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagane distinguido con el No.

Que en la facha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANIEL INSTITUTO DE PEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: suscribe 8 ntificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL CONNAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION and LIENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO instrucciones, 9 carta w 8 y/o conformidad DE INSTRUCCIONES PARA 9 acreedor, (D) bod CARTA llenado Rogothi, D.C., yn Sera NACTONAL Nosotros, Firma(s): pagare

comercio.

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, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas 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 Y NEMITICAS, del paciente quien ingreso con fecha

Interesses de plazor.

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

In & Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no dencelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho a tal cuenta.

Nombre del paciente 8 2 130 TO Nombre del responsable: C LO CI Firma responsable: G occ ma paciente:



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04 Original: 29/06/2017 Actualización: -/--/-Página 2 de 2 Version: 01

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

Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Cedula o	ciudadania: 2 S32517
Estado Civil:	SMI: Unico 1:598
Parentes	calidad en la que
Empresa	Empresa empleadora:
Dirección:	11 Cox 3 # 33 a
Teléfono(s):	Ι.
Trabajao	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	
Telefono(s):)(s):
Declaro CLINIC REHAB	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:
Þ	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.
œ	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 credificias o de mis deberes legales de contenido participado de sobre el incumplimiento, se hubiere de mis obligaciones credificias o de mis deberes legales de contenido participado de sobre el incumplimiento, se hubiere de mis obligaciones credificias o de mis deberes legales de contenido participado de sobre el incumplimiento, se hubiere de mis obligaciones credificias o de mis deberes legales de contenido participado de sobre el incumplimiento, se hubiere de mis obligaciones credificias o de mis deberes legales de contenido participado de contenido de conteni
	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
Ω	Envier la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERETNANCTERA o las demás entidades núblicas que ejercen funciones de vigillanda y control con el fin de que estas superentes de las demás entidades núblicas que ejercen funciones de vigillanda y control con el fin de que estas
	puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales.
D.	Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
ţn	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 autor veras, co y a que cuando	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 crediticlo durante los seis meses anteriores de mi petición.
La autor fines difi compete matemá	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 sus alca	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	
0.0	₹053\S ₁ 1.
Firma:	Juna Somile Sword