		de Tuesto	C.C.: 40.014.75-1
		exac	N
	Nombre del paciente:		Firma paciente:
haya lugar a ello. El do la cuenta no es	de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es e haya hecho abono a tal cuenta.	pagar los gastos de las cobranz: as instrucciones, si al momentc in caso de que se haya hecho a	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 saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
	netarias.	ermitida por las autoridades mo	2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
		, V6.6	1. Intereses de plazo: / ド・クコ・ラ
ados por los médicos , copagos y cuotas :NICA EMMNAUEL :HABILITACION Y	ntos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y del paciente	mencial septralización, consulta per por nospitalización, consulta per de la instanción por concepto de la mencias emanuel s.a.s., paciente se proposition de la paciente se proposition d	in, medicame jastos que se ACIONAL DE ANTILS.A.S;
ENCIAS EMANUEL The con las siguientes	al INSTITUTO NACIONAL DE DEM ILITACION INFANTIL S.A.S confort	MMAUEL CONSORCIO y/o	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 cura tatal.
y/o al INSTITUTO Y HABILITACION	s) como aparece al pie de nuestras firmás, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	uestras firmas, autorizamos a (EL S.A.S., y/o EMMANUEL) s en blanco del pagare distinguic	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmás, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.
У/о	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	RUCCIONES PARA LLENAR PA	CARTA DE INSTRI Bogotá,D.C.,yo, CSOCCIO Nosotros,
se suscribe hoy	la carta de instrucciones, que	acreedor, de conformidad de	3Firma(s):
sario. Este pagaré será MANUEL S.A.S., y/o n las instrucciones que inciso 2 del código de	TO NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S de conformidad cor de con lo dispuesto en el artículo 622,	MMNAUEL y/o al INSTITUT LITACION Y HABILITACION para tal efecto, de conformidado	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.
lad o más, pagaremos o o de pago a la etapa de nuestro cargo los	entes, debidos con un año de anteriorics de abogado, en caso de arreglo direct as sus accesorios. SEXTO: que serán	dicial, sobre los intereses pendic mora. QUINTO: los honorarios bbre el valor de la obligación m dado al acreedor facultando para	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 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 a pagardo.
de máxima autorizada 1 de nuestro cargo los	autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare será y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de cobrada la company costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de cobranza se ocasionen.	iciones insultas y los gastos pag RO: que en caso de cobro judic se ocasionen, así como el valor o	por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de máxima autorizada gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de ál CILABTO: a contra de la facto de l
2-63, o en su orden, c	e Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 14. del año	o al acreedor en sus oficinas dede	al tenedor de este pagare, el díadededel añodel añoSEGUNDO: que a partir de esta fecha sobre las obligaciones de control
Pol	etarias:	máxima autorizada por las autoridades monetarias:	otros gastos: chlicamos a pagar dicha guera de la máxima autor
Pol			.
identifica identifica nales de CONSORCIO NUEL INSTITUTO DE por la cantidad de	IMERO: que somos deudores incondicio NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAI adelante simplemente el acreedor,	as) firma(s), declaramos: PRIMITUTO NACIONAL DE DEMENO ON INFANTIL S.A.S en a	
7 B	PAGARE No.	Call Scano	Yo/nosotros: Ola vida Roa
Página 1 de 2	Actualización:/		
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR – THRL – 04	MANUEL Inde Instituto
LIZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGA	Chancer Cha

/ersión: 01 Página 2 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/-9 FR - THRL

7

de

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 instrucciones:	ió
Nombres: Oracida toa Jeguzano	
Cedula de ciudadanía: 40・014・451.	
Estado Civil: (7' vo r Ce à O	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora: FISCA - Boylaca	
Dirección: C11 94 +724-99 lore 3 40to 204 Almorettos	204 Almoratos
Teléfono(s): 320 3423498	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
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. ż
- 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. œ.
 - <u>0</u> SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas por intermedio y, también, Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. ن
- 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 Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el \Box
- 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. шi

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 matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro hab	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiend
sus alcance:	sus alcances y sus implicaciones.
Nombres	Nombres back of Kon deg we same
C.C.:	40.04:751
Firma.	Treet of the season