O Charles	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
ETHEROGENET COMMON CONTRACTOR	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
And Market and Commenters	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de 2
Yo/nosotros: 21C0Ydo	Lopez Rangel	PAGARE No. (1191)	
identificado(s) como aparece al pie de CONSORCIO CLINICA EMMNAUE EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB por la cantidad	mi (nuestras) firma(s), declaramo: EL y/o al INSTITUTO NACI SILITACION Y HABILITACION I de:	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores 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:	ondicionales de S.A.S., y/o nte el acreedor, Por
capital: intereses de plazo:			Por
Otros gastos: Obligamos a pagar dicha cuma do diocra de constanta de	vrizada por las autoridades monet.	arias:	Por
o al tenedor de este pagare, el día _ que a partir de esta fecha, sobre la	de de constant de de de constant de de constant de de de constant de de constant de consta	o al tenedor de este pagare, el díadededel año SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	o en su orden, SEGUNDO: asa de máxima
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, anterioridad o más, pagaremos intereses a la másima taca finala másima.	por dicha cobranza se ocasionen, le la respectiva demanda judicial, s	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 fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses el provincia de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tara displacado a contra la máxima.	agare seran de re, si hay lugar con un año de
de arreglo directo o de pago a la etapa SEXTO: que serán de nuestro cargo lo mi cuenta si fuera paracario. Ecta o	bres and maxima dasa injada para la prejudicial, se establecen en un 20 simpuestos que causen este paga	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 pagarlos por mi cuenta el fuera pecagario. Esta pagarlos por mi cuenta el fuera pecagario.	ogado, en caso sus accesorios. ra pagarlos por
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2 del código de compario	UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS on las instrucciones que en docur finilo 622 inciso 2 del códino de co	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFITIUTO 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 la instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2 del códico do comercia	I INSTITUTO ABILITACION tal efecto, de
Firma(s):	//o ///		:
	JCCIONES PARA LLENAR PAGA	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN RIANCO	suscribe noy
Bogotá,D.C.,yo, identificado(s) como aparece al pie	de nuestras firmas, autorizamo:	Bogotá,D.C.,yo, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o	y/o Nosotros, AUEL y/o al
HABILITACION INFANTIL S.A.S No que e	NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o El S para llenar los espacios en la fecha hemos suscrito a favo	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	ILITACION Y Lido con el ORCIO y/o al
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prior médicos adscritos a la institución, medicamentes del succiones.	NCIAS EMANUEL S.A.S., y/o Enforme con las siguientes instrucci I que por hospitalización, consulta	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL 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 prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la inetitución medicamentes día consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la inetitución medicamentes día consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	ILITACION Y stados por los
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS DE INSTITUCA EN INSTITUCA NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	emás gastos que se haya incurrido por concepto de ISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANU HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	cuotas auscricos a la institución, inedicalifentos, danos 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 Guien autentatación y Habilitación Infantils.A.S; del paciente	es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE
ingreso con fecha			5
2. 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 saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	a permitida por las autoridades mo) a pagar los gastos de las cobran, con estas instrucciones, si al mom el saldo en caso de que se haya he	netarias. zas prejudicial y judicial en caso de que ento de la salida del paciente ya nombr ccho abono a tal cuenta.	e haya lugar a rado la cuenta
Firma paciente:	Nombre del paciente:	Daziente: Vetor Danilo	Lopez
C.C.: 1032497790	de Bogota		
Nombre del responsable: #1000000000000000000000000000000000000	Hoper to	anger 200	
	de 00001	7	



Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/---Página 2 de Versión: 01 N

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

C.C.: 44.522054	Nombres 21 cardo Lopez	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido di sus alcances y sus implicaciones.	La autorización anterior no permite a (la entidad) y a la para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de públicas competentes el cumplimiento de mis debere mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	La autorización anterior no me impedirá ejercer mes veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso rectificación y a que se informa sobre las correctionación de indicarme, cuando yo lo pida, quien ode mi petición.	estas puedan tratarla, analizarla, clasificar D. Conservar, tanto en (la entidad) como en l necesario señalado en sus reglamentos la E. Suministrar a las centrales de información a a mis relaciones comerciales, financieras registros públicos, bases de datos públicas	como sobre el incumplimiento, se nubler patrimonial de tal forma que éstas presen desempeño como deudor después de hab significativa. C. Enviar la información mencionada a las	A. Consultar, en cualquier tiempo, en las cer como deudor, mi capacidad de pago o pa B. Reportar a las centrales de información con como de la co	Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suminis CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION del crédito solicitado, para:	/ ナe γ O in la que actúa, si no es el pa // 10 くり # 8 / -3 2 2 3 4 6 6 2 / -	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: $\frac{1}{10000000000000000000000000000000000$
7202	9	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	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.	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.	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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. 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.	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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la completa actualizada y exacta de manera directa y, también, por intermedio de la completa actualizada y exacta de completa actualizada y exacta de manera directa y, también, por intermedio de la completa de completa de completa actualizada y exacta de completa de completa de completa y exacta de completa de compl	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. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno de concederme de contratar.	ministrado es verídica y al INSTITUTO NAV	are actúa, si no es el paciente: $\frac{20 dre}{100 dre}$ $\frac{100 dre}{100 dre}$ $\frac{100 dre}{100 dre}$ $\frac{100 dre}{100 dre}$	s),va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: 10 ユのPe こ 9 . 5 2 ユ . 0 5 ナ

Firma: