IZADOS	Versión: 01	Página 1 de 2
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización:/
FORMATO PAGARE	FR – THRL – 04	
Canabran Canabran Ciminal Med	Instituto instit	
	T. A. Z.	

	PAGARE No. 1443 B	
YO/nosotros: (1) Tulkas Pigto More.	1/0 Diana Role Preto	identifica
	ERO: que somos deudores incondicionales de la IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN	CONSORCIO STITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	elante simplemente el acreedor, por la	cantidad de:
capital:		Por
intereses de plazo:		
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	arias:	Por
otros gastos:		Nos
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	Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o e	en su orden, o
al tenedor de este pagare, el díade	del año SEGU	SEGUNDO: que a
partir de esta fecha, 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 dastos y costos que nor dicha cobranza se possionen así como el valor del implicato de timbra, si hay ludas do constituente.	aremos intereses moratorios a la tasa de máxii al o extra judicial de este pagare serán de nue al impusero de timbre, ci base lucas do de Cura	ma autorizada estro cargo los
de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos	ntes, debidos con un año de anterioridad o má	is, pagaremos
intereses a la maxima tasa njada 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	de abogado, en caso de arreglo directo o de p. ás sus accesorios. SEXTO: que serán de nue	ago a la etapa stro 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	pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Est O NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	e pagaré será
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	INFANTIL S.A.S de conformidad con las inst	rucciones que
en uocumento a parte nemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	l con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2	del código de

FC			o//c	CION Fecha NUEL
	suscribe		1997	o al INSTITUTO HABILITACION que en la fecha ICIAS EMANUEL con las siguientes
	Se			Y/o 4 Y/o 4 Y H/
	anb	NCO		AUEL CION DEMI
	nado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO		identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al 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:
	de	ESP		O CL D DE JTO I
	carta	E CON		SORCI TITUTO In el No VSTITO ACION
	<u>a</u>	GAR		CONSIDER OF CONSID
	de	R PA		s a C
0//	conformidad	PARA LLENA		identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No_hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I instrucciones:
	в	NES		inco cuerco cuer
	acreedor,	STRUCCIO		de nuestras IANUEL S.A pacios en bla CA EMMNAI
	-	i i		s pie
	por	STA D		rece a
	llenado			como apa E DEMER S para Ik a favor d IMANUEI
<u> </u>	será		.C.,yo	do(s) AL D IL S.A IL S.A IScritto
3Firma(s):	pagaré será llen		Bogotá, D.C., yo, Nosotros,	identificado(s) NACIONAL I INFANTIL S. hemos suscrit S.A.S., y/o E instrucciones:

冚

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 cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

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

Nombre del paciente:

ge

Horai

100

Modas

Firma responsable:

Nombre del responsable:

C.C.: 74023 40

Firma paciente:

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), conados y cuntas

Página 2 de 2	Actualización://		
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR – THRL – 04	nde Banneras
.IZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGAR	Christians Christians

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

*	•						y .
C.C.: +6/42/39/4/8	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 MOZIS TIGES (OSC)	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 información de 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.	 D. 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. E. 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. 	 A. 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. B. 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. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria a malizaria clasificaria y lucco cuministrada o dichas contrales. 	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:	Datos generales de quien(85) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Middles Affallo Nova. Cedula de ciudadanía: 79A23GAS Estado Civil: 10100 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1200 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: