	DAGAL	RE PARA PACIENTES HOS	PITALIZADOS
Commes		Original: 29/06/2017	Versión: 01 Página 1 de 2
Enunchiel Enunchiel Filtili Indelination	FR – THRL – 04	Actualización://	Pagina 1 uu 1
		PAGARE No.	1829 B identifie
,		y/0	os deudores incondicionales

		SARE NO	1829 B	_identifica
	•	PAGARE No.		to do
	pie de mi (nuestras) firma(s), c EMMNAUEL y/o al INSTITUTO ILITACION Y HABILITACION IN	y/0	os deudores inco	MANUEL
	pie de mi (nuestras) firma(s), o EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO ILITACION Y HABILITACION IN	leclaramos: PRIMERO: que som	NUEL S.A.S., Y	o Elimination
Innsotros: UERI	do mi (nuestras) firma(s),	NACIONAL DE DEMENCIAS LIN	nente el acreedor,	por la caracie
o/nosciron aparece al	pie de illi v/o al INSTITUTO	EANTIL S.A.S en adelante simpler		
CONSORCIO CLINICA	EMMINACED Y HABILITACION IN	IFARTILE -		Por
NETITITO DE REHAB	ILITACION Y HADILLAND			Por
NSITION				Nos
16:	máxima autorizada por las autorida suma de dinero al acreedor en sus are, el día	-dec monetarias:		
por capitalismos de plazo:		ades money	ora 22 no. 142-63,	o en su didento
Por intereses de mora; a la	máxima autorizado ,	Seinas de Bogotá D.C., en la Carr	SE	GUNDO: que a
intereses de tra-	máxima autorizada por las autorios a suma de dinero al acreedor en sus are, el día de a, sobre las obligaciones insultas oridades monetarias. TERCERO: que por dicha cobranza	oficinas de del año	torios a la	tasa de máxima
otros	a suma de dinero al acreedor en sus are, el díade a, sobre las obligaciones insultas oridades monetarias. TERCERO: q os y costos que por dicha cobranza os y costos de la respectiva dem		s moratorios	pagare seran de
obligatios a page.	de are, el día de are, el día de are, el día de are, sobre las obligaciones insultas oridades monetarias. TERCERO: que por dicha cobranza os y costos que por dicha cobranza de la fecha de la respectiva dem de la fecha de la máxima tas intereses a la máxima tas	y los gastos pagare judicial o ext	ra judiciai de con	re, si hay lugar de
autorizada por las aut	os v costos que por dicha costa den	anda judicial, soule lo OUINTO: lo	s honorarios de de	as sus accesorios.
nuestro cargo los gast	a, sobre las obligadas, TERCERO: que oridades monetarias. TERCERO: que os y costos que por dicha cobranza de la fecha de la respectiva dem agaremos intereses a la máxima tas pago a la etapa prejudicial, se esta pago a la etapa prejudicial pago a la etapa pago a la etapa pago a la etapa prejudicial pago a la etapa pago a la eta	a fijada para la mora. Con cobre el valor	de la obligación n	ara pagarlos por mi
él. CUARTO: a paru	paremos intereses a la maximu co	ablecen en un 20% sobre co	edor facultando p	TUTO NACIONAL
anterioridad o mas, p	nago a la etapa prejudicial, se esc	ausen este pagare, quedado minal	JEL Y/O al INST	ACTON INFANTIL
arreglo directo o de	oridades monetarias os y costos que por dicha cobranza os y costos que por dicha cobranza o de la fecha de la respectiva dem agaremos intereses a la máxima tas pago a la etapa prejudicial, se esta e nuestro cargo los impuestos que de e nuestro cargo los impuestos que de	CONSORCIO CLINICA LINITAC	CION Y HABILLI	conformidad con lo
SEXTO: que seran d	os y costos que por de la respectiva dem de la fecha de la respectiva dem agaremos intereses a la máxima tas pago a la etapa prejudicial, se estre nuestro cargo los impuestos que o sario. Este pagaré será llenado por MANUEL S.A.S., y/o EMMANUE de con las instrucciones que en doculo 622, inciso 2 del código de come ulo 622, inciso 2 del código de come	INSTITUTO DE REHADICA	oara tal efecto, de	Collicium
cuenta si fuere nece	MANUEL S.A.S., Y/O EMMANUE	umento a parte hemos impartido		
DE DEMENCIAS E	d con las instrucciones que en do	rcio.		Este
S.A.S de conformida	de con la come de come de come de come		OHE	se suscribe noy
dispuesto en el artic	ad con las instrucciones que en doc ulo 622, inciso 2 del código de come	y/o le carta de in	istrucciones, que	
dispers	do CO	nformidad de la Carca		
Firma(s):	ado por el acreedor, de		EN BLANCE	0
pagaré sera llen	MANUEL S.A.S., yada con las instrucciones que en documento de la come de la c	PAGARE CON ESPA	CIO2 EM PER	v/o
	mo aparece al pie de nuestras firma DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y	4 <u>5 </u>		4- aLINSTITUT
			TITCA EMMNAUL	L Y/O W. TTACTO
Rogotá, D.C., yo,	no aparece al pie de nuestras firma DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y G para llenar los espacios en blanco scrito a favor de CLINICA EMM scrito a favor de INSTITUTO	autorizamos a CONSORCIO CE	REHABILITACIO	que en
Nosotros,	al nie de nuestras firma	S, AUTOMORPH INSTITUTO DE		DE DEMENCI
identificado(s) cor	mo aparece al pie de nuestras firma DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y S para llenar los espacios en blance scrito a favor de CLINICA EMM S., y/o EMMANUEL INSTITUTO strucciones:	del pagare distinguido con el No.	STITUTO NACIO	NAL DE DEFERME
NACIONAL DE	DEMENCIAS Espacios en blanco	CONSORCIO y/o al IN	TACTON INFANT	IL S.A.S COMOTTIS
THEANTIL S.A.S	s para llenar los espacios en blands para la final llenar los espacios en la final la suma total que por la será la suma total que por la será la institución, medicamentos, por a la institución, medicamentos, que se hayo espacios en la institución.	NAUEL CONTRACTON Y HABILI	INCLU	100 sobetes
focha hemos su	scrito a Tavol de INSTITUTO	DE REHADE	, hospital día, sei	rvicios prestauos por
EMANUEL S.A.	S., Y/O EMMANO	nation Consulta prioritaria	wiones muebles	e inmuebles), copagi
is signientes ins	trucciones:	hospitalizaciony	(Dieries mei	CONSORCIO CETA
las signionidel co	pital será la sulla medicamentos,	daños ocasionados	manencia en EMMA	NUEL INSTITUTO
1.El Valor decrit	scrito a favor de CLINSTITUTO 5., y/o EMMANUEL INSTITUTO strucciones: apital será la suma total que por apital será la suma total que por sos a la institución, medicamentos, dores y demás gastos que se hay dores y demás gastos que se hay alone y con la instituto nacional y con la confirma y	incurrido por contemanuel S.	A.S., YICANTILS	,A.S;
			INFARTAL II	areso con l
cuotas moueras	dores y demas gastos NACIONAL 1/o al INSTITUTO NACIONAL 210N ANA HARGARITA R DICIEMBRE 2018	HABILITACION	_ quien "	19
EMMNAUEL)	TON I STON	OKIEGA CORTES		
OFHADIE**				
paciente	PNA MAR OTTAL DICLEMBRE 2018 le plazo: le mora a la máxima tasa permitida (nos) obligo (obligamos) a pagar la á llenado de acuerdo con estas inst á llenado de acuerdo con estas inst	- torias	_	to que hava lugar
21 DE	le plazo: le mora a la máxima tasa permitida (nos) obligo (obligamos) a pagar le	por las autoridades monetarias.	al v iudicial en cas	o de que noy enta
1. Intereses	a la máxima tasa permier	a gastos de las cobranzas prejudici	da del paciente ya	NOLLIDI and 15
2. Intereses (le mora a la configamos) a pagar le	si al momento de la sali	uenta.	
Así mismo me	(nos) only (only con estas inst	rucciones, di	ucrica.	del pa
Fl nagare ser	le plazo: le mora a la máxima tasa permitida (nos) obligo (obligamos) a pagar le á llenado de acuerdo con estas insi su totalidad, o por el saldo en caso	de dae se una	Nombre	uci
cancelada en	su totalidad, o por cross			
Cancena	paciente:			
Firma	pacienco.	de		
C.C.:	ocable: Pur Portes 49			
		2224 - T. 17 T		
Nombra dal	raccourcapp.			

Euroceto Chrica Eminanuel FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Estatori FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 2 de 2

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

ASANT TORKIN DE MOTROCCIONES				
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:				
Nombres: DERLI CORTES HURTADO				
Cedula de ciudadanía: 23.495.666.				
Estado Civil: CASADA				
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Mana</u>				
Empresa empleadora: MADE CONSULTORES 3AS				
Dirección: AU CALLE GHC 69L 0-4				
Teléfono(s): 3123212356.				
Trabajador independiente (profesión u oficio):				
Dirección: AU CALLE GUC 69L O-Y.				
Telefono(s): 3 17 3 21 2 3 5 6				
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEI INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:				
 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 tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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. 				
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.				
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 haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.				
Nombres DETES HUTTADO				
C.C.: 23.495.666				
C.C.: 23 4 95. 666 GRES P.				
/-				