Documento Controlado	Original:21/12/2016	Session of the sessio
FR- GFCT -01	Actualización://	79010100

	Documento Controlado	Original:21/12/2016 Ver	Versión: 0
	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1. d
,		PAGARE No. 373 F	ganianies in .
ouros; entifica cionale y/o	al pie de mi (nuestras) firma(s LINICA EMMNAUEL y/o al INS TUTO DE REHABILITACION Y cantidad 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: Por	deudores MANUEL adelante Por
capital: Intereses de plazo: Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	rizada por las autoridades monetar	rias:	
oucos gastos. obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. orden, o al tenedor de este pagare , el día de de de de de de de de de año	nero al acreedor en sus oficinas de e, el díade	Nos le Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su del año	NOS on su
SEGUNDO: que a partir de esta a la tasa de máxima autorizada por de este pagare serán de nuestro ca	a fecha, sobre las obligaciones ir las autoridades monetarias. TERC irgo los gastos y costos que por	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 gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del manto de este pagare serán de nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del	atorios Judicial Ior del
pendientes, debidos con un año de ar los honorarios de abogado, en caso o	r. COMPLOS a partir de la lecha d' Terioridad o más, pagaremos ínter de arreglo directo o de pago a la	impresso de unibre, si nay rayar de en Conkrio a parur de recha de la respectiva demanda judiciar, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos 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	INTO: obre el
valor de la obligación más sus accer quedado al acreedor facultando para CLINICA EMMNAUEL y/o al IN INSTITUTO DE REMABILITACION documento a parte hemos impartido	sorios. SEXTO: que serán de nus pagarlos por mi cuenta si fuere ne VSTITUTO NACIONAL DE DE NY HABILITACION INFANTIL. para tal efecto, de conformidad α	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 si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL, y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o ENMANUEL 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	MCCO NNUEL Yue en código
mercio. 1(s):	0//		and a man and an analysis which the first of
CARTA DE INSTRU	acreedor, de comormidad de CCIONES PARA LLENAR PAGA	ra lienado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe. CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	e nov
Bogotá, D.C., yo,		o//	
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a C al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU Y MABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bli No. que en la fecha hemos suscrito a favor de CI al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	instituto nacional De Demencias Finas, autorizamos a Consorcio CLINI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE NABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUE INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE IMBILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	Nosotros, 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 NABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. 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:	MEL V/ 0 ACION CON EI ACION
los médicos adscritos a la institución copagos y cuotas moderadores y dem CLINICA EMMNAUEL. y/o al INTERMINA	itia total que por inospitalización, consulta prioritalia y nospital flución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bie y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permital INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL BEHARRI ITACTON	List various des capitals sella la suma total que por mospitalte, consolta promitaria y nospital dia, 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 MASTITITO	S C (S E E E E E E E E E E E E E E E E E E
paciente 1. Intereses de plazo:	quien ingreso con fecha	2 p d 2 p	estational desiration of the section
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 o a ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciento cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	ssa permitida por las autoridades r is) a pagar los gastos de las cobra- erdo con estas instrucciones, si al ad, o por el saldo en caso de que s	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.	ado la
Firma paciente:	Nombre d	Nombre del paciente:	A) - Land
Firma responsable: x / (d/o	501/11-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00-0		and the state of t
o verd ray.	京 の事		

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

		CC
CHOOSES TAOADE COADES TROTOLOGORIES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN	de annual de la company de la

Nombre del responsable:

Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
Declaro que la información que he (mos) suministrado es	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 INSTITU	CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA	EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABÎLITACION 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.
- Ω Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno información significativa. de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- 9 que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ó periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el
- įή consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. 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

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información los sels meses anteriores de mi petición.

estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar mencionada para fines diferentes, primero, 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

entiendo sus alcances y sus implicaciones Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual

	Firma:	CC:	Nomb	
	1		ibres_	
		remaining the second of the se		
			1	
			1	
	1			
			1	
	1			
		i - i - i - i - i - i - i - i - i - i -		
9				
			1	