Gamara ca Cantaca Entitivas	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
The Parties of Control	FR - THRL - 04 Original: 29/06/2017 Versión: 01
	Página 1 de 2
Yo/nosotros:  This part of the	PAGARE No.  1485 B  170 NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  N INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad
intereses de plazo:	
de m	
obligamos a pagar dicha suma de diner al tenedor de este pagare, el día	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 al tenedor de este pagare, el día
por las autoridades monetarias. <b>TERCE</b>	partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro indicial o como intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada
gastos y costos que por dicha cobranza s de la fecha de la respectiva demanda inc	gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CIJARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda indicial cobra la casa de valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CIJARTO: a partir
intereses a la máxima tasa fijada para la prejudicial, se establecen en un 20% so	intereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa
Impuestos que causen este pagaré, qued llenado por CONSORCIO CLINICA EL EMMANUEL INSTITUTO DE REHABII en documento a parte hemos impartido comercio.	llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del códico de comercio.
3Firma(s): pagaré será llenado por el acree	
	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nu	uestras firmas, autorizamos a CONSODOS O CON
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUE INFANTIL S.A.S para llenar los espacios hemos suscrito a favor de CLINICA EM S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI instrucciones:	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
<ol> <li>I valor del capital será la suma total que adscritos a la institución, medicamentos,</li> </ol>	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 día, servicios prestados por los médicos
moderadores y demás gastos que se haya y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN HABILITACION INFANTILS.A.S:	moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL HABILITACION INFANTILIS.A.S: del paciente el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL HABILITACION INFANTILIS.A.S: del paciente el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL HABILITACION Y
<ol> <li>Intereses de plazo:</li> </ol>	Party might be
<ol> <li>Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.</li> <li>Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas profusi.</li> </ol>	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 projudicial de la cobranzas projudicial de l
pagare sera llenado de acuerdo con estas cancelada en su totalidad, o por el saldo er	pagare sera 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.
Firma paciente:	Nombre del paciente:
Firma responsable: (Imateu) Lopez  Nombre del responsable: (Imateu) (Impez  Comparable: (Imateu) (Impez	73 Ve 1 a
CC 2.3. 564 153	12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

 $\sim$ 

## 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:
Nombres: Omavia Popez Velandia
Cedula de ciudadanía: 23 561 151
Estado Civil: Unixu'n Ahre.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $mad\ell$
Empresa empleadora:
Direction: C11 5- # (2:25
Teléfono(s): 340 843 2840
Trabajador independiente (profesión u oficio): $\sqrt{\ln + \alpha_{\mathcal{S}}}$
Dirección: Ul 5º # 12.25
Tologono(s). 311 8132840

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. Ä
- 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 Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno 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 æ.
- Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, tambien, por intermedio de la **SUPERFINANCIERA** o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas <u>a</u> puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales Ċ
- con las debidas actualizaciones y durante tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, Conservar, o.
- 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. ш

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.

•

0

1/0 1/01/07/10 220 ( ) main Nombres C.C.:

Firma: