Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO**: que somos deudores incondicionales 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 en adelante simplemente el acreedor, 041 PAGARE No. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias; 80000 100ez V :20X Mandon intereses de plazo:

cantidad

capital:

otros gastos:

Por

P Po

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 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 Nos 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 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 mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de 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, del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. o al tenedor de este pagare, el día

hoy suscribe Se instrucciones, que qe Carta ū ф conformidad % de acreedor, o será llenado por Este pagaré Firma(s):

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

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 INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION CONSORCIO y/o nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: ~ } ` identificado(s) como aparece al pie de D.C., yo/nosotros,

- 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 CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
- Intereses de plazo: 3 5
- 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.

Nombre del paciente:		Nombre del responsable: 2000	R199040
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: TRIKE MV	10/00/01/01



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR- GFCT -01 Actualización: --/--/ Original:21/12/2016 Página 2 de 2 Versión: 01

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

Datos genera Nombres: \(\) Cedula de ci	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: ハンロハッロ カウィン しつがこ アウドビス アンドビス Cedula de ciudadanía: ハンハン 2つらうらに
Parente: Empresa	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 内でいのの 上り こいり
Direcció	Dirección: NOKMANDIA
Teléfond	Teléfono(s): <u>394169</u>
Trabajado Dirección:	Trabajador independiente (profesión u oficio): <u>かるのi へiつ i たぬしo</u> と
Telefon	Telefono(s): 5263332
Declaro CLINIC EMMAN del créd	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la 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 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.
Б	
	significativa. 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
D.	
ĹΠ	necesano senalado en sus regiamentos la información indicada en los literales b. y c. de esta ciadistra. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales. Financiaras ou en general escripacionámicas que so hava entragado o que concten en
	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconomicas que yo naya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La auto	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es vera: rectifica	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

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,

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

de mi petición.

Firma:

use

 \bigcirc

 $\ddot{\Omega}$

010

Nombres

 $\mathcal{N} \otimes \mathcal{N} \otimes \mathcal{N}$

2000)

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.