

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

PAGARE No.

8

	-		TYCYL INC.	138	
ro/nosotros: Jaint	Caliphs Orgaz	Orayez	VIO Fortla	Calellanos Riva	
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: Pl	RIMERO: que somos o	deudores incondicionales	s de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	SORCIO y/o al	INSTITUTO NACIONA	AL DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S.,	0//
UEL INSTI	REHABILITACION	Y HABILITACION INFA	ANTIL S.A.S en adelan	ite simplemente el acree	dor,
oor la cantidad de:					Por
apitai.					Po o
ntereses de plazo:					Por
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	autorizada por las a	autoridades monetarias:			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,	le dinero al acreedor	r en sus oficinas de Bogot	á D.C., en la Carrera 22	2 no. 142-63, o en su orc	den,
o al tenedor de este pagare, el día	I día	de	del año	SEGUNDO:	ö
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	obre las obligacione	es insultas y los gastos pa	igaremos intereses mor	atorios a la tasa de máx	ima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	monetarias. TERCE	RO: que en caso de cobr	o judicial o extra judici	ial de este pagare serán	de ر
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	os que por dicha col	oranza se ocasionen, así o	como el valor del impue	esto de timbre, si hay lu	ıgar
le él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	echa de la respectív	ra demanda judicial, sobre	e los intereses pendien	ites, debidos con un año	de
interioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	intereses a la máxir	na tasa fijada para la mo	ra. QUINTO: los hono	rarios de abogado, en c	caso
le arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	a etapa prejudicial, s	se establecen en un 20%	sobre el valor de la obl	ligación más sus accesor	ios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	cargo los impuestos	que causen este pagaré,	quedado al acreedor fa	acultando para pagarlos	por
ni cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	Este pagaré será	llenado por CLINICA E	MMNAUEL CONSOR	ICIO y/o al INSTITU	Ę
VACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	EMANUEL S.A.S., y	//O EMMANUEL INSTIT	IUTO DE REHABILIT	ACION Y HABILITACI	Š
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	dad con las instruc	cciones que en documen	ito a parte hemos imp	partido para tal efecto,	de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	n el artículo 622, inc	iso 2 del código de comei	rcio.		

hoy suscribe Se dne instrucciones, ф carta <u>a</u> g conformidad % g, acreedor, por el será llenado pagaré Firma(s):

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el 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 CONSORCIO y/o al REHABILITACION identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: ە' |} <u>8</u> INFANTIL HABILITACION D.C., Bogotá

- CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE 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), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
 - 2 6

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.

		this
		Cabirlas
	,	Laine
Nombre del paciente:		Nombre del responsable: ユダバーの
Nombre o		Nombre of Beyond
	de	de
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: 483129



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

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 Nombres:	Tour pagare y carta de instrucciones:
ciudac	83
Estado Civil: しんんしゃ	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	es el paciente: Usa do - Espos o
Empresa empleadora:	
Dirección: CHQB#169	-50. Int. 20-402
Teléfono(s): 343387224	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	io): Inscrito (eci).
Telefono(s):	
Declaro que la información que he (mo CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL del crédito solicitado, para:	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:
A. Consultar, en cualquier tiempo	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
como deudor, mi capacidad de B. Reportar a las centrales de info	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno
como sobre el incumplimiento patrimonial de tal forma que és desempeño como deudor desp	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 mencior Cinenetta Nacional de la delegación delegació	significativa. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la Currenta Montesa a las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control con el fin de que
estas puedan trataria, analizari	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
 D. Conservar, tanto en (la entidad necesario señalado en sus regl 	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 ir 	Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes
a mis relaciones comerciales, registros públicos, bases de da	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten er registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autorización anterior no me impedirá	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras, completa, exacta y ecualizada,	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
obligación de indicarme, cuando yo lo pic	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores
de mi petición.	

Firma:

C.C.:

0×

Nombres

sus alcances

y sus implicaciones.

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

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

No.