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

PAGARE No.

191

Yo/nosotros: Leidy Katherine Redrato y/o Blanca twelde Manages de 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, por la cantidad de
ses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Nos
pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orc de este pagare, el día Genara de Genara de Sections
esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la ta sa autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pa
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. <b>CUARTO</b> : a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más parasemos intereses a la máxima taca diada para la máxima diada para la máxima taca diada para la máxima taca diada para la máxima diada para la máxima diada para la máxima diada diada para la máxima diada diada para la máxima diada d
de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.
SEATO: que seran de nuestro cargo los impuestos que causen este pagare, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMANCIAS EMANNIEL SAS Y/O EMMANNIEL INSTITUTO DE DEMANEI ITACION Y DADILITACION Y DA
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 de comercio
o por el acreedor, de confo
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Bogotá D.C.,
ros,
otificado(s) como aparece al struto NACIONAL DE DE BILITACION INFANTIL S
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 HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:
1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los mádicos alginatividas madiamentes de gone de la inetitudada de consulta de consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los mádicos alginatividas de consulta prioritaria.
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 HARILITACION INFANTILE A C. del pariente.
ingreso con fechaquien
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.
Firma paciente:
.:.:

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_\_BCG &T &\_\_\_\_\_

Firma responsable: Katherine Pedrata C.C.: 10311402491870 de



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

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA É 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:    vombres:   e i d y   KCTThe ringe   red rata, MATAMOROS    cedula de ciudadanía:   1031140249 BTO   cedula de ciudadanía:   1031140319 COMOROS   Comoros describir de la comoros de la comor
Estado Civil: Union (ibre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HìJO
Empresa empleadora:
Dirección ·
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): AUXINOV de enfermento domisionalismo
Dirección: Calle 69 7 Nº 18 6 70 SUY
7464-015-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1

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:

- ⋋ como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- œ, 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 Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas
- $\circ$ SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales
- Ō 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 periodo
- ĹΠ a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada constitucionales legales ζ< tercero, a elaborar estadísticas

sus alcances y sus implicaciones Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo Fraira 70

 $\bigcirc$ 31140 249 Wid.

Ka heride

Kutherine Pedrata