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

 $\sim$ 

PAGARE NO. 165
Yo/nosotros: AC/NOSSPACTION TANIA (CO.)
identificado(s) como aparece al pie de mi\(nuestras\) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : 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:
capital:
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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 de 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
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 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 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
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

Day No.

conformidad de la carta de instrucciones, que se

SERSOUTION

\ \ \ \

ge

será

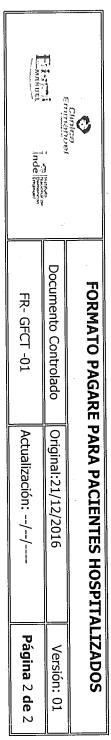
Firma(s): 1 Jus

Bogota D.C.,	-	
yo/nosotros,	٥/٨	
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al	autorizamos a C	LINICA EMMNAUEL CONSORCIO V/0 al
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., V/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	S., y/o EMMAN	WEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	espacios en	blanco del pagare distinguido con el
No. que en la fecha hemos su	scrito a favor de	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	S., y/o EMMAN	UEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	es instrucciones:	

- 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 CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL ANSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente S. Dao Y de participa de la par
  - 3.5

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.

	A
	The same
	ble: 10ce
Nombre del paciente:	Nombre del responsable:
Nombre	Nombre del responde
de	(A)
	2.200
paciente:	irma responsable:
Firma pa	irma C.C.:



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

Nombres: ADYCO 11 1 Suscribil pagare y calla de ilisu deciviles.	
ciudadanía: 39MG2C. Z	
Estado Civil:	
calid	
Empresa empleadora: No Iologo	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
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 crádito coloridado para:	sentimiento de expreso e irrevocable a la <b>DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o S.A.S</b> o a quien sea en el futuro el acreedor
dei credito solicitado, para.  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño	ción relevante para conocer mi desempeño
	ncederme un crédito. atar, tanto sobre el cumplimento oportuno
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	as, o de mis deberes legales de contenido nente, completa actualizada y exacta de mi s datos útiles para obtener una información
significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la	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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	nes de vigilancia y control, con el fin de que s centrales.
D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo	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 información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes	rales Β. γ Ε. de esta cláusula. solicitudes de crédito como otros atenuantes
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.	que yo haya entregado o que consten er

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,

Firma:

sus alcances y sus implicaciones

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas

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

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 me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

Щ

P

Щ

 $\mathcal{L}$ 

Z D