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

| | PAGARE No. 100 |
|---|---|
| YO/nosotros: Leen A BARZERA TA/ HREE | 10 JADY ASEJANDER DIAZ |
| identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de | nos: 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. | CIONAL DE DEMENCIAS VEMANUEL S.A.S., y/o N INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor. |
| por la cantidad de: | Por |
| capital: | Por |
| intereses de plazo: | Por |
| intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: | arias: |
| 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, | Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, |
| o al tenedor de este pagare, el día | del año SEGUNDO: |
| que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima | stos 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 | le 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 | n, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar |
| de el. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de | ıl, 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 | l 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. | ר 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 | agaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por |
| mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO | ICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO |
| NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION | NSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION |
| INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de | cumento a parte hemos impartido para tal efecto, de |
| conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. | comercio. |
| Firmals) - LEENA TOARRERY TA HODE . WO | |

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

D.C.,

Bogotá

hoy

se suscribe

instrucciones, que

de

carta

<u>0</u>

0//

será llenado por el acreedbr, de conformidad de

pagaré

Este

Firma(s)

| yo/nosotros, LCRENA CARLERA TA, KEBO y/o |
|--|
| identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el |
| 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 |
| 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 140/ RIE ANDRA UCA 2 quien |
| ingreso con fecha 7 DE LEGGEQ OF 20(7 · |
| |

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.

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Intereses de plazo:

3 %

ORENA DAFRERA

Nombre del responsable:

ARBO

BARRESPA

SCHOOL STANK

Firma paciente:

.; .;

g ~

Nombre del paciente:



Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ 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 gene Nombres: | Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: しんそうとんく |
|--|---|
| Cedula de | Cedula de ciudadanía: 36759484 |
| Estado Civil: | vii: |
| Parentesco | Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: |
| Empresa e | Empresa empleadora: MOLTCETNIAD |
| Dirección: | CARRERA 19 # 34-38 |
| Teléfono(s): | (s): 46(087) |
| Trabajado | Trabajador independiente (profesión ju oficio): (でんでか) よつでよう (からまし) |
| Dirección: | : CARRERA (9 # 34-38 V |
| Telefono(s): | (9): 46(08) |
| Declaro que CLINICA EMMANU del crédito | 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, 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. |
| В | Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, 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 desembero como devidor después de haber crizado y procesado diversos datos útiles para obtener una información |
| C. | 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. | estas puedan trataria, alializaria, clasificaria y luego surimisuaria a uccias celluares. 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. v.E. de esta cláusula. |
| ίu | 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. |
| La autoriz | autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada |
| es veras, rectificaci | es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje considircia de ni desacuendo, a exigir su rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la |
| obligaciór | obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores |
| de mi petición. | etición. |

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

C.C.:

36759484

BRANA

DARRERA

Nombres

KRMZZ

TO RECEIPE

>

Seg S

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.