Christians Franciscos	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
Charles (	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Augustin Indelegente	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de

2

PAGARE No.

Yo/nosotros: Flor maying Comel
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 INSTALOIO DE REHABILLIACION Y HABILLIACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
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 22/10, 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 monetanas. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que polydicha 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% sobré 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
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\man\sqrt{emman\sqrt{emman\sqrt{emman}}} instifacton 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 artic <del>dio 6</del> 22, inciso 2 del código, de <i>g</i> omercio.

## HABILITACION INFANTIL S.A.S para lenar tos espacios en blanco del pagare distinguido con el que en la fecha hemos suscritos a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENÇIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL YNSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: identificado(s) como aparece al pie de nuestrás firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o i INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION CARTA DE INSTRUCCIONES PARAÁLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO <u>و</u> D.C.,

б

de la carta de instrucciones, que se

conformada

pagaré será llenado por el acreedor, de MariNa

Firma(s):  $\overline{f/ \mathscr{O} Y}$ Este paqaré com

Bogotá

910010

aroli'na

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.

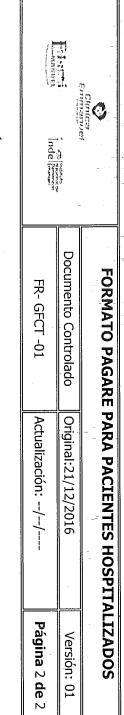
CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTRES.A.S., del paciente ingreso con fecha

2 %

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

Así mismo me (nøs) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare sérá 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: $Caxolina \setminus Allone$	3060ta	Nombre del responsable: FIOY MUYING GOWER	
Alvavoz	de	7 0000 Y	de
Firma paciénte: $\mathcal{L}_{O \times c}l$ i $u_{Q}  eta$	c.c.: 5/2 804 775	Firma responsable: アピタ WIGY VIC	インだ きぶ かした !!O!O



·-

----

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

eclaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la	$\mathcal{S}_{\mathcal{O}}$	rección: Dia 90001 40 A H.53 B 68	abajador independiente (profesión u oficio): $\mathcal{C}\mathcal{W}_{\mathcal{A}}$ $\mathcal{A}$ $\mathcal{C}$ $\mathcal{C}\mathcal{S}$ $\mathcal{C}$	défono(s):	rección:	npresa empleadora:	rentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: _ M のルル の	tado Civil: Soltera	odula de ciudadanía: 41787 407	atos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: pmbres: <u>も / c× - rn                                  </u>
---	-----------------------------	-----------------------------------	--	------------	----------	--------------------	---	---------------------	--------------------------------	--

del crédito solicitado, para: 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

Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño

 $\frac{1}{2}$ 

U

⋋

 $\Box$ 

╛

 $\pm$ 

 $\Box$ 

Щ

P

Щ

 $\mathcal{C}$ 

Z D

- Β 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 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 como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi
- Ç estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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
- 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
- ŗΠ registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. 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

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 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 constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades tiendo

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

Nombres Flor Marina Comp	sus alcances y sus implicaciones.	Deciaro naber ieido cuidadosamente el contenido de esta ciausula y haberia comprendido a cabalidad, razon por la cual enti
		lad, razon

C.C.: M Chris 12 0 5 Course