© Christian	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
3.	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Line Mark E. I. Inde Branch	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

identificado(s) conto 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, Conzale 219 PAGARE No. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: intereses de plazo: cantidad

capital:

Ы Por Por

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 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 anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso 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 Nos SEGUNDO: 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 de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. 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, del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. cuenta si fuere necesario. Este o al tenedor de este pagare, el día otros gastos:

suscribe se instrucciones, que carta de <u>\rag</u> ģ, conformidad de el acreedor, Hunga. laigaieth Pice será llenado por e Este pagaré Firma(s):

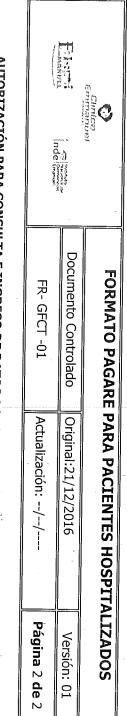
## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

**3.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 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 Come HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: ~\ } Awna 713 S.A.S INFANTIL Como aparece HABILITACION D.C., yo/nosotros, Bogotá

- 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 Manifor Concalez est quien 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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha 20/03/20 ゴザ
- Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

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.

paciente:	responsable: Marcareth Pico A
Nombre del paciente:	<i>分cuna</i> Nombre del responsable: de <i>Rocota</i>
	roareth Tice
Firma paciente:	Firma responsable: 12 C.C.: 52.038.92



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

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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.	<ul> <li>D. 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.</li> <li>E. 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.</li> </ul>	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos 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 <b>SUPERFINANCIERA</b> 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.	<ul> <li>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.</li> <li>B. 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</li> </ul>	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la <b>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</b> o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:	Telefono(s):	Dirección:	Trabajador independiente (profesión u oficio):	Teléfono(s): 320 210 44 89 - 3138 49 6353.	Dirección: (10 5. Nº 35-25 501	Empresa empleadora:	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\mathcal{H}_{a}\mathcal{O}/\mathcal{E}$	Estado Civil: Union Lihie	Cedula de ciudadanía: う2.038 923・	Nombres: Haugaseth Pico Acusa
Cedula de ciudadania: 32.038.423.  Estado Civil: 16.07 3.038.423.  Estado Civil: 16.07 3.038.423.  Estado Civil: 16.07 3.038.423.  Enpresa empleadora: 16.07 3.00 3.00 3.00 5.00 5.00 5.00 5.00 5.00	Cedula de ciudadania: 22.038.423.  Estado Civil: 1/2/2018.423.  Estado Civ	Cedula de ciudadania: 32.038 923.  Cedula de ciudadania: 32.038 923.  Estado Civil: 1/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2	Nombres: Haucareth Pico Picoria.  Cedula de ciudadanía: 52.038 923.  Estado Civil: 1/h/2/2 Lib/2  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hauce.  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hauce.  Empresa empleadora:	il: \(\langle \) \	il: Libion A; hice Acuño:  ciudadanía: 52.038 923.  vil: Libion A; hice  o o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hadre  empleadora:  (10 5. NS 35-25 50r  r independiente (profesión u oficio):  r independiente (profesión u oficio):	Pagare y called the Ill Surccionles:	Howareth Pico Acoño         Udadanía: 52.038 923         Uhion Lihic         Icalidad en la que actúa, si no es el paciente: Hardre         pleadora:	Nombres: Hawareth Pico Acuño: Cedula de ciudadanía: \(\sigma_2 \cdot \text{3.038} \frac{923}{223}\)  Estado Civil: \(\lambda_{non} \lambda_{i} \hat{hic}\)  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \(\lambda_{a} \cdot \text{ind} \cdot \text{ce}\)  Empresa empleadora: \(\lambda_{non} \sigma_{i} \lambda_{i} \text{2.5} \sigma_{2.5} \sigma_	Nombres: Hawareth Rico Acuño:  Cedula de ciudadanía: \(\sigma_2 \cdot \text{3.038} \frac{923}{223}\)  Estado Civil: \(\lambda_{non} \text{2.63} \cdot \text{3.62}\)  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \(\lambda_{ac} \text{2.62}\)  Empresa empleadora:	Nombres: Hawareth Rico Acusto.  Cedula de ciudadanía: 52.038 923.  Estado Civil: 160	Nombres: Hargareth Rico Acusto: Pagarety Calla de Ilisu deciviles:  Cedula de ciudadanía: 52.038 923.  Estado Civil: 1607 1560	Nombres: Hargareth Pico Acoño: pagarety called de ilisu deciviles:  Cedula de ciudadanía: 52.038 923.	Nombres: Hargareth Rico Acciona	The state of the s

Firma:

Margareth

200

C.C.:

038

23

Nombres

Margareth

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

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,