	Clinica Clinica Entragales	
The second of th	Chrice	

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

PAGARE No.

281

Volument of the second of the
), declaramos: PI
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:Por
capital:Por
intereses de plazo:Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:Por
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,
o al tenedor de este pagare, el díadedel añosegundo:
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 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 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.
Firma(s):> Panny Yaneth forces () yo x. Koven Doneto (banch forces
Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy

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

ф	Bogotá D.C.,			
×	yo/nosotros, ≯		y/o <b>x</b>	The state of the s
<u>a</u> .	entificado(s) como	aparece al pie de nuestras firma	is, autorizamos a <b>CLINIC</b>	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
jensj Maga	USTITUTO NACIO	NAL DE DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
natura makan	ABILITACION II	NFANTIL S.A.S para llenar	los espacios en blanc	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
No.	).	que en la fecha hemos	s suscrito a favor de <b>CLIN</b>	_ que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
	<b>USTITUTO NACIO</b>	NAL DE DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
I	ABILITACION INF	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	ientes instrucciones:	
<u>;                                    </u>	El valor del capital	l será la suma total que por hospitali	ización, consulta prioritaria	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, daño	s ocasionados a la institució	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
	y cuotas moderad	ores y demás gastos que se haya in	currido por concepto de la	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 D	EMENCIAS EMANUEL S.	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
	REHABILITACIO	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente >	A.S; del paciente	quien
	ingress can facha			

ω Ν 

Firma n	Firma paciente: C.C.:	ello. El
Firma responsable: × Panny Proces	ciente:	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.
) 5 5 C		de acuero
ずるこ		do con estas ir or el saldo en c
U	de	e gascos de que
Nombre (	Nombre	se haya hec
Nombre del responsable:	Nombre del paciente: X Korron Daniola Obando	nto de la sali ho abono a t
ble:	× Korr	y Judicial el da del pacie al cuenta.
	To Day	nte ya nom
	ole Oba	brado la cu
	R.	enta

X:00

de

## **FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS** Actualización: --/--/-Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

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

de 2

Página

Versión: 01

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagage y carta de instrucciones:  Nombres: Lanny Caneth Crero Orrego
Cedula de ciudadanía: (03163862°)
Estado Civil: (), 1 Con la have
dad en la que actúa.
Empresa empleadora: Thy m'5 Colombia
1
Teléfono(s): 31762000 41
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Directión:
Tolofonn(c).
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica v dov 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:

- 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. Ä
  - 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 Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno œ.
- 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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. ن
- necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes durante el periodo Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y  $\Box$
- 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.

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 autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su

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 públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, 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 sus alcances y sus implicaciones.

	ı	
		-
Nombres	:: :::	Firma: