### inde lange

#### $\sim$ Página 1 de Versión: 01 Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

PAGARE No.

186

YOUR ALTER ENERGY RARRS RITION NO STANDARD PLANTS NO SOUNDS	12
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales d	Ö
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	<u> </u>
por la cantidad de:	8
capital:	Ъ
intereses de plazo:	Po
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	2
otros gastos:	S
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	e
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO	0
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	Ĕ
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	ö
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay luga	ā
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	, ŏ
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	SS.
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios	S
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos po	g
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	2
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	6
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	ö
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

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

D.C.,

Bogotá

suscribe

Se

acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que

sèrá llenado por

Este pagaré Firma(s):\_

	EL CONSORCIO y/o al	DE REHABILITACION Y	re distinguido con el	UEL CONSORCIO y/o al	DE REHABILITACION Y			servicios prestados por los	oles e inmuebles), copagos	en CLINICA EMMNAUEL	MANUEL INSTITUTO DE	quien
	a CLINICA EMMNAU	MANUEL INSTITUTO	en blanco del paga	r de CLINICA EMMNA	MANUEL INSTITUTO	nes:	2000年の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の	prioritaria y hospital día,	a institución (bienes mue	epto de la permanencia	ANUEL S.A.S., y/o EMI	
0/k	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	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:		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
	no aparece al pie de nu	<b>CONAL DE DEMENCIAS</b>	INFANTIL S.A.S par	que en la 1	<b>IONAL DE DEMENCIAS</b>	NFANTIL S.A.S conforme		tal será la suma total que p	os a la institución, medicam	adores y demás gastos qu	/o al INSTITUTO NACIO	ION Y HABILITACION II
yo/nosotros,	identificado(s) com	INSTITUTO NACI	HABILITACION	No.	INSTITUTO NACI	HABILITACION IN		1. El valor del capit	médicos adscrito	y cuotas modera	CONSORCIO y.	REHABILITACI

ingreso con fecha

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.

Nombre del paciente:	de	Nombre del responsable: YENNY E. PENR	
-irma paciente:	i.c.:	Firma responsable: Control Residence of Control Res	



### 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 generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  Nombres: YENNY ENIDIA PENA TORRES  Cedula de ciudadanía: 39'653.147'657'  Estado Civil: CASADA  Estado Civil: CASADA
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): DOCEITE
Dirección: Go 81 Ne GS-37 BOSA AHONIA SANTOS
Telefono(s): $7805345$

Z

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

- Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- Φ. como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- Ü 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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- Ō necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш 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 registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

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, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

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

 $\Omega$ TORK