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

Yo/nosotros: Level Incon Parkers) 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	RE No. 152 Office of Mecly of the somos deudores incondicionales de EMENCIAS EMENCIAS 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	.S en adelante simplemente el acreedor, Por
capital:	Por
Intereses de piazo:	Por
otros gastos:	Nos
ro al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., er	a Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día de de del año de de del año de de del año de del año de de del año de de del año de	el año SEGUNDO:
que a parun de esta recira, sobre las congaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de maxima autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro indicial o extra indicial de este nacara serán de	itereses moratorios a la tasa de maxima extra indicial de este nacare 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	or 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	ses 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	O: 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.	lor de la obligación más sus accesorios.
SEATO: que seran de nuestro cargo los impuestos que causen este pagare, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUFI. CONSORCIO V/O AL INSTITUTO	acreedor facultando para pagarlos por
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	EHABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	
Firma(s). Lucia Linion P. 1/0 deido Johana a	1/0 deido dohana almeciga ance

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

GINGERS

carta de instrucciones, que se

de conformidad de la ca

será llenado por el acreedor,

Este pagaré Firma(s):_

suscribe hoy

		UEL CONSORCIO y/o al	tare distinguido con el	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	DE REHABILITACION Y		a, servicios prestados por los	lebles e inmuebles), copagos	OD CLEMICA DIMENSIALIZA
		a CLINICA EMMNA	en blanco del pa	r de CLINICA EMMN	IMANUEL INSTITUTO	nes:	prioritaria y liospital día	la institución (bienes mu	Pentro de la nermanencia
	0/λ	as firmas, autorizamos	llenar los espacios	a hemos suscrito a favo	ANUEL S.A.S., y/o EM	las siguientes instruccio	hospitalizacion, consulta	os, daños ocasionados a	hava incrirrido nor conc
		identificado(s) como áparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	que en la fecha	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 sera la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	medicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	y cuotas moderadores y demás gastos que se hava incirrido por concento de la nermanencia en Crinton emminier
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) c	HABILITACION	No.	INSTITUTO NA	HABILITACION	1. Ei valor del Ce	medicos adsc	y cuotas mod

INAUEL los gos olding Amery a quien quien CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente de le la ingreso con fecha 23-02-26}

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.

	,	Levez	1	
	/	amen		
ziente:	de	Firma responsable: Lect Lines Perez Nombre del responsable: Leciz Cines Perez	.S.	
Firma paciente:	C.C.:	Firma re	C.C.:	



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado 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

La autorización anterior no me impedirá ejercer mí 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 netición	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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.		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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la	 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. 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 	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:	Telefono(s):	Dirección:	Teléfono(s): 310.5629481. 3213042717	Dirección: Carrera & Est Nº 6-42 Capro	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\mathcal{H}\mathcal{U}\mathcal{U}\mathcal{U}$ Empresa empleadora: $\mathcal{H}\mathcal{O}\mathcal{F}\mathcal{O}\mathcal{V}$	5	Cedula de ciudadanía: 39-818075 Sopo	Nombres: Rucia Vincon Herez
---	---	--	--	--	---	--------------	------------	--------------------------------------	--	--	---	--------------------------------------	-----------------------------

Firma:

1012

meory

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones

Yuc is

encor

Sies

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 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