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

230	

2

Yolnosotros: Mag Garan & C.	worked Dilas on taking and	ζ,
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> ; que somos deudores incondicionales de	amos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionales de	-
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., V/o	ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., V/o	
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIO	ITO 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:		
otros gastos:		
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,	de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	
o al tenedor de este pagare, el díade	del año SEGUNDO:	
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los g	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	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	nen, 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	ial, 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	ra 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.	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	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	NICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en c	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.	de comercio.	

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

suscribe

dne

instrucciones,

la carta

acreedor, de conformidad de

<del>o</del> por

llenado

será

pagaré

Firma(s): 10000120 11

Carzon Se

Love, ф

Yo fuer Di.

Bogotá D.C., 1		
yo/nosotros, Ola Garzon	C NO GOND, Impo Corron	Sino Garron
identificado(s) como aparece al	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	L CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIONAL DE DE	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	E REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	e distinguido con el
No.	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	EL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIONAL DE DE	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	E REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.	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 ᆏ
- 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.



## nde Min 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 suspribir pagare y carta de instrucciones:  Nombres: #anze Olgo e Regreen C.  Cedula de ciudadania: 20532023 de Gocho/o  Estado Civil: Casoda  Estado Civil: Casoda  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1/22  Empresa empleadora: 1/22  Empresa empleadora: 1/24-17 6.1 3 13 373 3.6 6  Teléfono(s): 1/24-17 6.1 3 13 313 73 8.6  Trabajador independiente (profesión u oficio): 1/22  Dirección: 1/27/27/20 CS C BILS # 30-4\$ \$UV  Telefono(s): 1/24-17 6.1 3 13 313 73 8.6  Telefono(s): 1/24-17 6.1 3 13 73 8.6  Telefono(s): 1	erales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  **Harric Ulga & Carrery C.**  **Coudadania: 20572028 de Gochaclo  il: Casada  il: Casada  il: Casada  il: Casada  o o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  co calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\frac{1}{2}\text{Carrery}\$  cono sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis desempeño como deudor después de contenido patimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizad y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
Telefono(s):	
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verío CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITA del crédito solicitado, para:	doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la TONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor
	la la información relevante para conocer mi desempeño futuro de concederme un crédito. ados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno nes crediticias, o de mis deberes legales de contenido nveraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi
desempeño como deudor después de haber cruzado y significativa.  C. Enviar la información mencionada a las centrales de SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas o	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos utiles para obtener una información significativa.  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. 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.
<ul> <li>Suministrar a las centrales de informacion de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.</li> </ul>	Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mís solicitudes de credito 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.
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	ar en cualquier tiempo que la información suministrada 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	Tampoco liberará a las centrales de información de la edesempeño crediticio durante los seis meses anteriores

C.C.:

2505K

Alphornon C

Nombres

Mag Carson C

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

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