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

Por Por identificado(s) como 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, Por 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. 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, SEGUNDO: 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 CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de 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 166 Andrea PAGARE No. del año intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Riva Lesmes 111:00 o al tenedor de este pagare, el día 42/2 intereses de plazo: cantidad Yo/nosotros:

suscribe hoy Ö ermel Se conformidad de la carta de instrucciones, que Ste mdiea Losmes será llenado por el acreedor, de RU Este pagaré Firma(s):

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.

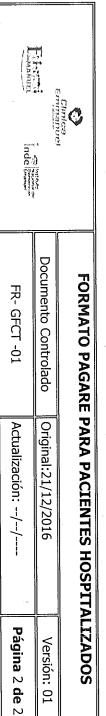
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá D.C.,			1				,			•	1
O/nosotros, Kilton Alino Lana No Hidred Exterion Lemen 1.	letter 1	Alio	home	y ve	0112	//o//	And	60	SHE	si bem	1/10
dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	no aparece	al pie de	nuestras	firmas,	autoriz	amos	CLINI	CA E	MMNAUEL	CONSORCIO	/o a
NSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	IONAL DE	DEMENCE	AS EMAN	UEL S	A.S., Y.	O EMI	MANUEL	INST	TTUTO DE	REHABILITAC	Y NOI
HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INFANTEL	S.A.S	para Ilei	nar lo	s espa	cios	an blan	ಕ ೮	el pagare	distinguido	con el
lo.		due en	la fecha l	s somer	suscrito (a favor	de CLI	NICA	EMMNAUE	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	V/o al
NSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	IONAL DE	DEMENCI/	S EMAN	UEL S	A.S., Y.	O EM	HANUEL	INST	TTUTO DE	REHABILITAC	Y NOI
ABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	NFANTIL S	.A.S confor	me con la	s sigule	ntes inst	ruccion	es:	ěs Jan			

- 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 Hnd reservante de setembrando de la companional del companional de la companional de la companional de la companional del companional de la companional del 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 ingreson con ferha 20 7 6 5
 - Intereses de plazo:
 Intereses de mora a la m
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Así mismo me (nos) cbligo (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.

		Î.	
		mod	
		10,01	
:		J	
		3	,
		1/2	
nte:		nsable:	
l paciel		l respo	
Nombre del paciente:		Nombre del responsable:	10
No	-	Nor	1309104
	de		de <u>136</u>
			ŏ
		The state of the s	0
			Jal 1
			33 (4
ite:		Firma responsable: _	793
Firma paciente:		respor	
Firma	.; .;	Firma	



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: Hilliam Him Le rimen Parra; Cedula de ciudadanía: 79334620 Bogota: Estado Civil: Ce percelo.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
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:
 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.
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
C. 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. 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. v 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.
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
de mi petición.

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

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

C.C.:

54

029 4881