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

| PAGARE No. 179 | |
|--|---------------------------------|
| YO/nosotros: JANDRA BREERA. DILVA. NO (DILLERAD & FENCHALL Bosto). | Jako C. |
| aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PJEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION/ | ndicionales de 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 | e el acreedor, Por |
| capital: | Por |
| | Por |
| Intereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias: | Por |
| 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, | en su orden, |
| o al tenedor de este pagare, el día de de SE | SEGUNDO: |
| que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima | sa de máxima |
| autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de | jare serán de |
| ntesar o cargo los gastos y costos que por utena contanza se ocasionen, así como el valor der 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 | t, si hay lugar on un año de |
| anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso | jado, 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. | ıs accesorios. |
| SEXIO: que seran 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 V/A AL INSTITUTO | pagarlos por |
| NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION | SILITACION |
| INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de | al efecto, de |
| conformidad con la propesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. | |
| Firma(s): Hells | KNANGEL B. |

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy

Y/O JANDRA

acreedor,

Este pagaréUsera llenado por el

Firma(s): 💃

HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No._________ 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 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. 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 110. GULLERIO + FERNANDEZ HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: SILVA Bogotá D.C., ANDEA BARIERA Yo/nosotros, SANDEA

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.

Harzo

| paciente: | | Nombre del responsable: (MYDRA BALLELA) | | |
|----------------------|-------|---|------------------|---|
| Nombre del paciente: | - de | Nombre del | - de 113090 Zoi: | 0 |
| irma paciente: | i.C.: | Firma responsable: | C.C.: 52 238.896 | |



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

| Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la |
|--|
| Telefono(s): 390 29 30 310 313 6469 |
| Dirección: PRC 18 J N. 68A-39 JUV |
| Trabajador independiente (profesión u oficio): COHELOLANTE: |
| Teléfono(s): 790 29 70 |
| Dirección: OPL 18 J No 69A-39 SOF |
| Empresa empleadora: //NDEPEND/ENTE |
| Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: ESPOSA . |
| Estado Civil: Union Socrean. |
| Cedula de ciudadanía: 52·238·890 |
| Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carla de ilistrucciones. Nombres: <u> </u> |

del crédito solicitado, para: CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITAÇION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor

- ₽ como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- Φ. 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 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
- Ω 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 de la estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- Ö 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.
- ĬΠ 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.

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 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 La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

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

MICHOLAN

278.890.

C.C.: Firma: 2008