FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/ Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01 ndelimin

Página 1 de 2

Versión: 01

PAGARE No. 156	
vo/nosotros: Sandra de Mendith vo Sondra Palucia Mentela	1
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	ales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	reedor,
carionan	j.
intereses de plazo:	Por I
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	Nos
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,	orden,
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO:	NDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	náxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	rán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	y lugar ~
de el. CUAKIO: a partir de la recha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	año de
anterioridad o mas, pagaremos intereses a la maxima tasa fijada para la mora. QUINIO: los honorarios de abogado, en caso da arrento directo o de pago a la afana presindicial, se actablecen en un 2006, sobre el valor de la obligación más sus associas.	en caso
de antegro un ecto o de pago a la etapa prejudictar, se establecen en un 2070 sobre en Varon de la obligación mas sus accesornos. SEXTO: que serán de nuestro cardo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	Sorios.
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	OLDLI
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	CION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	to, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	
Firma(s): Danfut le Manslett - 1/10	
Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy	e hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe hoy

ă	bogota D.C.,				
×	yo/nosotros,			V/o	
Ċ	lentificado(s) co	mo aparece	al pie de nuestras firma	as, autorizamos a CLINIC	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
 	NSTITUTO NA	CIONAL DE I	DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
I	ABILITACION	INFANTIL	S.A.S para llenar	los espacios en blanc	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
ž	0.		que en la fecha hemo:	s suscrito a favor de CLIN	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
Ħ	NSTITUTO NAC	CIONAL DE 1	DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
Ï	ABILITACION	INFANTIL S.	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	lientes instrucciones:	
, i	El valor del ca	pital será la su	ima total que por hospital	lización, consulta prioritaria	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
	médicos adscr	itos a la institu	ıción, medicamentos, daño	os ocasionados a la institució	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
	y cuotas mode	eradores y den	nás gastos que se haya ir	ncurrido por concepto de la	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL
	CONSORCIO	y/o al INST.	ITUTO NACIONAL DE D	DEMENCIAS EMANUEL S.	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
	REHABILITA	CION Y HABI	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	A.S; del paciente	quien
	ingreso con fecha	cha			ì
2.	Intereses de plazo:	lazo:			
m	Intereses de n	nora a la máxir	Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	autoridades monetarias.	
Ä	sí mismo me (nc	ildo) obildo (sc	igamos) a pagar los gasto	s de las cobranzas prejudici	Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a
ē	llo. El pagare ser	á llenado de a	cuerdo con estas instrucci	iones, si al momento de la si	ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta
Ĕ	o es cancelada e	in sy totalidad,	, o por el saldo en çaso de	no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de gue se haya hecho abono a tal cuenta.	tal cuenta.
ū	> Eirma paciente:	Super C	Dunional de Mo	Who of K Mill Nombre del pariente.	i
ن :	C.C.: 39/	一十十八	90 James 196	wolling as backing	
				The state of the s	

Nombre del responsable:

ф



nde Proces 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 genera	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta,de instrucciones: Nombres: Sandia Dunjond nu Muna (III)
Cedula de ci	Cedula de ciudadanía: 32'657, 190. Blaulle.
Estado Civil:	: Ensalda
Parentesco o	8
Empresa empleadora:	npleadora:
Dirección:	Kra 14-A # 1/19-83 Str Barbaron
Teléfono(s): 3	# 10 EB 64 H- 51 E.
Trabajador ir	Trabajador independiente (profesión u oficio): Hogar.
Dirección:	
Telefono(s):	
Declaro que CLINICA E EMMANUEL del crédito se	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 colicitado naza:
A. Co	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
B. Re	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Renortar 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 patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi
de	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
C. Env	significativa. 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
D. Co	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
E. Sul	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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 autorizaci	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
rectificación	es veras, compieta, 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	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores
de mi peticion.	ion.

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

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,

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.

C.C.:

Manden