	omercio.	conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del codigo de comercio.	conformidad con 10 d
Para tal efecto, de	o de REHABILITACION  a parte hemos impartido	INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido	INFANTIL S.A.S de
al INSTITUTO	CA EMMNAUEL CONSORCIO y/o	mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	mi cuenta si fuere
s sus accesorios. ara pagarlos por	20% sobre el valor de la obligación más aré, quedado al acreedor facultando p	de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. <b>SEXTO:</b> que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	de arregio directo o c <b>SEXTO:</b> que serán d
e abogado, en caso	mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de al	anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios d	anterioridad o más, p
s con un año de	sobre los intereses pendientes, debido	de él. <b>CUARTO:</b> a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	de él. <b>CUARTO:</b> a pi
pagare serán de	cobro judicial o extra judicial de este j	autorizada por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	autorizada por las au
a la tasa de máxima	os pagaremos intereses moratorios a la	que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios	que a partir de est
SEGUNDO:	del año	pagare, el díadede	o al tenedor de este pagare, el día
2-63, o en su orden,	ogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63	obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142	obligamos a pagar di
Nos			otros gastos:
Por	as:	intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	intereses de mora: a
Por			intereses de plazo:
Por			31: 
Por Por	en parate office an acciance ampients	de:	por la cantidad
UEL S.A.S., y/o	IONAL DE DEMENCIAS EMANUE	CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	CLINICA EMMNAI
condicionales de	s: PRIMERO: que somos deudores in	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	identificado(s) como
Therstell	y/o. Elmbelli dis	Johanna Elizoheth paro cois	Yo/nosotros:
	24/		·
J	PAGARE No.		
Página 1 de 2	Actualización://	FR- GFCT -01	and the state of t
Versión: 01	Original:21/12/2016	Documento Controlado	the state of the s
<b>FALIZADOS</b>	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA	FORMATO PAGARE	Clinica Clinica Clinica
		1	The state of the s

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

Firma(s): <u>Y</u> Este pagaré

será

llenado

por

el acreedor, de conformidad de

la carta de instrucciones, que se suscribe hoy

ይ	ogotá D.C., _			٠			,	1	
š	yo/nosotros, x E/Debeth Cers Mendez y/ox Johnsono Elizabeth ferio let s	Elmore	the Cert	5 Mendoz	y/o_×	Tohors	no Elizal	the pe	no let s
₫.	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLÍNICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	mo aparece	al pie de nues	stras firmas, a	utorizamos a	CLINICA E	MMNAUEL (	CONSORCI	0 y/o al
별	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	TONAL DE I	DEMENCIAS E	MANUEL S.A.	S., y/o EMM	IANUEL INST	TITUTO DE I	REHABILIT	ACION Y
I	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INFANTIL	S.A.S para	llenar los	espacios e	n blanco d	lel pagare	distinguido	con el
Z	No.		que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	cha hemos sus	scrito a favor o	de CLINICA	EMMNAUEL	CONSORC	IO y/o al
janaj janaj	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	CIONAL DE I	DEMENCIAS E	MANUEL S.A.	S., y/o EMM	IANUEL INST	TITUTO DE I	REHABILIT	ACION Y
I	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	INFANTIL S.	A.S conforme c	on las siguient	es instruccione	Ķ			
<u>;</u>	1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	oital será la su	ma total que po	ır hospitalizaci	ón, consulta p	rioritaria y hos	spital día, serv	icios prestac	dos por los
	médicos adscri	tos a la institu	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	ntos, daños oca	asionados a la	institución (bio	enes muebles	e inmuebles	), copagos
	y cuotas mode	radores y der	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	se haya incurr	ido por concer	oto de la perm	nanencia en <b>C</b>	LINICA EN	1MNAUEL

 $\alpha$   $\dot{\nu}$ Intereses de plazo: 'Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 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 4 8) 20 b (h 60) S (20) 20 quien ingreso con fecha 4 31 103/17

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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:
C.C.: de	
Firma responsable: Z	Nombre del responsable:
C.C.: de	

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

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

Página 2 de 2

Versión: 01

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	
Cedula de ciudadanía: 5240456	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\lambda_1/\alpha$	
Empresa empleadora:	1
(1 5 2 # 12 # 6	
depend	
Directión: (11 5 5% # 124 06	1

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:

- 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. Ä
- 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 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 significativa. B.
- **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. ن
  - Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo Ö
- 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. ய்

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 obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

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 públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres

:: :::	
Firma:	