FORMATO PAGA	Documento Controlado
e3nui3	Table of the second of the sec

Página 1 de 2 Versión: 01 RE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-

PAGARE No.

	PAGAKE NO.	207
Yound of a bound of the Bowell	2/0 Maring (3/020 Bolz	5/020 Rg12
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	S: PRIMERO: que somos del IONAL DE DEMENCIAS I	udores incondicionales de EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	INFANTIL S.A.S en adelante	simplemente el acreedor, Por
capital:		Por
intereses de plazo:		Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	as:	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,	ogotá D.C., en la Carrera 22 n	10. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día	del año	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	os pagaremos intereses morat	corios 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	cobro judicial o extra judicial	l 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	, así como el valor del impues	to 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	sobre los intereses pendiente	s, 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	a mora. QUINTO: los honora	irios 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.	20% sobre el valor de la obliga	ación más sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	jaré, quedado al acreedor faci	ultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	CA EMMNAUEL CONSORC	IO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	STITUTO DE REHABILITAC	CION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	umento a parte hemos impa	irtido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	comercio.	

hoy suscribe Se dne CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO instrucciones, de carta Ø qe conformidad g acreedor, U erá llenado por Jeogge cal pagaré Firma(s):

D.C.,

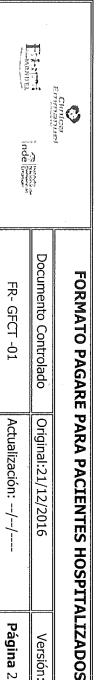
Bogotá

6 No. TINSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION 00 distinguido pagare le planco eu HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: espacios los llenar para S.A.S INFANTIL HABILITACION yo/nosotros,

- 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 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 de la constanta de la con cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL ingreso con fecha
- 3 %

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 cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre dei paciente:		Val		Nombre del responsable: Cawalac Eva Desci > G	Scholor, a			
	g Ge			\wedge	de	 		
•								
		mana a		Ì	/ ~!			
,			1	3000	146570	1		
				B	4		and the same of th	
Firma paciente:	;;		K	Firma responsable:	•			



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

	Q m 0 0	⊣ □	- -		п т	o m	0 20
	el cr	Dirección: Telefono(s):	Trabajador i	Dirección:	mpre	Estado Civil:)atos Iomb ieduli
D C B >	ICA ANU édito	:nòic	jado	ión:	esc.	O CIV	gen res: a de
Consultar, el como deudo Reportar a la como sobre patrimonial o desempeño o significativa. Enviar la inf SUPERFINA estas puedar Conservar, tr	Declaro que la informació CLINICA EMMNAUEL (EMMANUEL INSTITUTO del crédito solicitado, para:		independi		Empresa empleadora:		Nombres: Com (es
Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para o como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis debere patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actu desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para ob significativa. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y 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 actualizacion.	nación qu JEL CON IUTO DE I	Dirección: Cx710.N6S Telefono(s): 310484666	Trabajador independiente (profesión u oficio):		Empresa empleadora:		n(es) v
er tiempo, acidad de es de info plimiento, ma que és idor despidor	e he (mo SORCIO REHABIL	to to	esión u of		ictua, si ni		a(n) a suscribir pagare) S(1, 0) Re \ 1269232
en las ce pago o pa primación o se hubie tas presen tas presen tás de ha ada a las ada a las anás entida o, clasifica	s) sumini y/o al ITACION		icio):		es ei pac	Case 1	cribir pag
ntrales de ara valora valora de riesgo re, de mi nten una i ber cruza centrales ades públi las central y lueg las central y lueg	strado es INSTIT	Ø			Jente:		pagare y carta de in
e riesgo to r el riesgo datos, tra s obligacio nformació do y proce do y proce de riesgo cas que e o suminista	verídica) UTO NA LITACIOI		S SWA				a de instr
oda la info futuro de futuro de tados o si ones cred on veraz, p esado dive esado dive giercen fun trarla a dic	y doy mi CIONAL N INFAN'	OCS OCS	+ ndo good on		7		trucciones:
rmación no concedente concedente concedente in tratar, o controlar director director director director de conciones de controlar debida debida	consentin DE DEN TIL S.A.S	8))	6
elevante pre elevante pre elevante pre elevante pro elevante pre elevante pre elevante pre elevante pre elevante pre elevante pre elevante	niento de VENCIAS o a quien	5	3				
edito. re el cump beres leg a actualiza ara obtene bién, por bién, por y control	expreso : EMANU : sea en el	70					
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. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información 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 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	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:						
sempeño portuno ontenido ta de mi tra de la rmación lio de la n de que	able a la S., y/o acreedor						

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

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

ш

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

Firma:

Ø

Nombres

03

L. Q

sus alcances y sus implicaciones

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas

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 para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades

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