#### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Documento Controlado nde product Clinica

Página 1 de 2 Versión: 01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ FR- GFCT -01

PAGARE No.

073

YO/nosotros: MOND Alyarez.
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionales de <b>CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/c</b>
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor por la cantidad de:
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
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
o al tenedor de este pagare, el día de de 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
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, 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
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios
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
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.

suscribe se dne instrucciones, de carta <u>0</u> ф y/o conformidad ge 41.200 /t Firma(s):\_\_\_\_\_\_ Este pagaré

hoy

# CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

	λ/0	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	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	is siguientes instrucciones;	1. 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 V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANITEL S A S V/o EMMANITEL INSTITUTO DE
		10 aparece al pie de nuestra	TONAL DE DEMENCIAS EM	INFANTIL S.A.S para	que en la fech	TONAL DE DEMENCIAS EM	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones;	tal será la suma total que por	os a la institución, medicamento	adores y demás gastos que se	"/o al INSTITUTO NACIONA
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) com	INSTITUTO NACI	HABILITACION	No.	INSTITUTO NACI	HABILITACION II	<ol> <li>El valor del capit</li> </ol>	médicos adscritc	y cuotas modera	CONSORCIO v

TO DE quien 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. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente Intereses de plazo: 3. %

Nombre del paciente:	Nombre del responsable:
de	H2P20M
	Mary a
Firma paciente: C.C.:	Firma responsable:

### nde State

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

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

Z D

 $\mathcal{C}$ 

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  Nombres:
Cedula de ciudadanía:
Estado Civil: 100 SEC 2501
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s): _3 12 60 1922 9
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 <b>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.</b> o a quien sea en el futuro el acreedor
del crédito solicitado, para:
・ 1000 Minus 1000 Mi

Щ

ď Ш

⋋ 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.

- œ patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido 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
- Ç estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- 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 Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- m registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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. 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

públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, 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 elias

C.C.:

Firma:

Morale

Aly ord