Amedia ANNELL (nde Russia	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	
FR- GFCT -01	Documento Controlado	FORMATO PAGARE
Actualización://	Original:21/12/2016	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA
Página 1 de	Versión: 01	ALIZADOS

CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al anuel instituto de rehabilitacion y	A CLINICA EMMNAI	stras firmas, autorizamos MANUEL S.A.S., y/o EN	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	identifica INSTIT
		y/o	otros, * hus Kud	yo/nosotros, ≼
		77	D.C., 12 alux 26	Bogotá
BLANCO	RE CON ESPACIOS EN	ES PARA LLENAR PAGAI	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	
nes, que se suscribe hoy	a carta de instrucciones,	confo	pagaré será llenado por el acreedor, de	Este pagaré
	740.00 1 - 100.00 1 -	γ/ο >	s): × / Waw	يد:(Firma(s
npartido para tal efecto, de	nento a parte hemos im mercio.	strucciones que en docum , inciso 2 del código de cor	INFANIIL 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.	conform
<b>FACION Y HABILITACION</b>	TTUTO DE REHABILT	S., y/o EMMANUEL INST	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NACIO
RCIO y/o al INSTITUTO	EMMNAUEL CONSO	erá llenado por <b>CLINICA</b>	mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	mi cuen
oligación más sus accesorios.	% sobre el valor de la ob	ial, se establecen en un 20	de arregio 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 cardo los impuestos que causen esta nagará, quedado al accedado facultando nara nagarlos nos	ge arreg
orarios de abogado, en caso	nora. QUINTO: los hon	náxima tasa fijada para la r	anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	anteriori
ntes, debidos con un año de	bre los intereses pendie	ectiva demanda judicial, sc	de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	de él. Cl
uesto de timbre, si hay lugar	sí como el valor del impu	i cobranza se ocasionen, a	nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	nuestro
cial de este pagare serán de	pagarennos intereses inc obro judicial o extra judio	RCERO: que en caso de co	autorizada por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	autoriza
SEGUNDO	del ano	ue I	o al telledol de este pagalle, el día	
22 no. 142-63, o en su orden,	jota D.C., en la Carrera 2	edor en sus oficinas de Boç	obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	obligamo
Nos		-	astos:	otros gastos
Por		las autoridades monetarias	intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	interese
Por		100000000000000000000000000000000000000	intereses de plazo:	interese
Por			•	capital:
Por			a cantidad de:	por la
S EMANUEL S.A.S., y/o	NAL DE DEMENCIAS	ON Y HABILITACION IN	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. en adelante simplemente el acceedor	CLINIC
deudores incondicionales de	PRIMERO: que somos	tras) firma(s), declaramos:	com	identifica
	V/0 x		sotros: hus Rados	Yo/nosotros:≽
776	PAGARE No.			

	i,	I J	ZI	Z id	yo !
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 y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y ou concepto de la permanencia en CLINICA EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y DE REHABILITA	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	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	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	yo/nosotros, * hus Pud
oderado IO y/o IACION fecha &	capital s scritos a	ACTON N INFA	ž	como a	7
res y de al INSI NY HAB	será la sı la institı	AL DE	FANTIL	aparece	Ris
más gas ITUTO ILITAC	uma tota ución, m	DEMEN A.S cor	S.A.S	al pie	Pu
NACIOI	l que po edicamer	CIAS EI	para en la fec	de nues CIAS EI	0
se haya  VAL DE  ANTILS  ANTILS	r hospit ntos, dañ	MANUEI on las sig	llenar	tras firn MANUEI	
incurrido DEMEN S.A.S; de	alización los ocasi	S.A.S.	los e	nas, aut L <b>S.A.S.</b>	
por con CIAS EN	, consult	, y/o EI	spacios to a favo	orizamos , <b>y/o El</b>	y/o •
MANUEI	a priorita Ia instit	MMANU	en b	S a CLI	<b>y</b>
s.a.s.,	aria y ho: ución (bi	EL INS	lanco c	NICA E	
nanencia y/o EN	spital día enes mu	ΙΙΤυτο	tel pag	MMNAL	
IMANUI	, servicio ebles e i	DE RE	jare di	JEL CO DE RE	
NICA E	os presta nmueble	HABILI	S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNALIFI CONSORCIO VIDA	NSORC:	
MMNAU TITO OTUTIO	ıdos por s), copaç	TACION	con	IO y/o	
	sof	₹ :	ש ת	₹ 2	

3. 5. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

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.

-irma paciente:		Nombre del paciente:		
C.C.:	de			-
Firma responsable: * ! Www.		Nombre del responsable・ イルチ S アア ムスつく	(A) FS	PRAYOR
305 bra 02 :00	_ de _	de 13050t		

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Spaint of the state of the stat	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde Grange	FR- GFCT -01	Actualización:// Pági	Página 2 de
AUTORIZACIÓN PARA CONSI SUS	NSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	Z
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: $NESPROC$	uscribir pagare y carta de instruc $\delta \mathcal{O} <$	ciones:	
Cedula de ciudadanía: アのってみらので	9.90 K		
Estado Civil: Prickle			
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	no es el paciente:	740	
Empresa empleadora:	Bojaca (28A-59	is 71-301	
Dirección:			
Teléfono(s): C乙に「ス3つ	5166189289	289	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	oficio):		
Dirección:			
Telefono(s):			
Declaro que la información que he (n CLINICA EMMANUEL CONSORCI EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB	nos) suministrado es verídica y O y/o al INSTITUTO NACI	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	A.S., y/o
del crédito solicitado, para:			
A. Consultar, en cualquier tiemp	oo, en las centrales de riesgo toda	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño	lesempeño
como deudor, mi capacidad c	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesco datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el o	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Renotar a las centrales de información de riesco datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento onortuno	onortino c
	<b>~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~</b>	מון היינול יינוני מכנים כי מנייל היינונים	1

- 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.
  - **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 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  $\dot{\Box}$
- 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.

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

1NES TRADOS	7 20.249.902	1. bucan	
Nombres	ا ان::	Firma:	