	OO
Chnice	Control of Persons of Control of
<i>y</i>	Trong.

## Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/-Original:21/12/2016 cumento Controlado FR- GFCT -01

	one or	
	_•	
2	2	
Lc < ( < c	Ä	
2	アイア	

125

Yo/nosotros: Luis Alfonso Torres Villalba v/o ABrahan forres Villalba	00
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	ales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	reedor,
por la cantidad de:	Por
capital:	P.
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	P
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 de SEGUNDO:	
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 él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	su casc
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	sorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	los por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	TUTO
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	cto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

suscribe Se Villa/bo de instrucciones, que la carta ABrahan Firma(s): LOSS AFFONSO TOTIES WINDERS NO ABLEETE pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de Alfonso جارباً:(Firma(s

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

Boqotá D.C.,			
yo/nosotros,		0/λ	
identificado(s) co	mo aparece al pie de nuestras	firmas, autorizamos a CL	dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o
INSTITUTO NAC	CIONAL DE DEMENCIAS EMAN	UEL S.A.S., y/o EMMAN	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION
HABILITACION	INFANTIL S.A.S para llen	iar los espacios en	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con
No.	que en la fecha h	emos suscrito a favor de	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o
INSTITUTO NAC	CIONAL DE DEMENCIAS EMAN	UEL S.A.S., y/o EMMAN	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	s siguientes instrucciones:	

- 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. Abso holo + cos escape = 100 los los escape = 100 lEl 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
  - 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 no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

			ı
Nombre del paciente:		Firma responsable: しょう まんらのうひ イフェビジ V Nombre del responsable:	COEUA
			Ö
	de	TOYIES	de
		Alfonso	
		4015	333
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: <u>(</u>	C.C.: 1.090.304 337



## inde mis 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 generales de guien(es) va(n) a suscribir pagare v carta de instrucciones:
Nombres: Lun Alfonso Torres Unllalba
Cedula de ciudadanía: 1.040, 304 - 737
Estado Civil: (1) mon libre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:\ 円の のこ
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): CONTACTA DE PINTORO
Dirección:
Telefono(s):
1000mmの 1000mm 1000m

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:

Θ Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información tanto sobre el cumplimento oportuno

como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito

Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño

- O 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. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш a mis relaciones Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos 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 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, 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 mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. a elaborar estadísticas y derivar,

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

Firma: