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

PAGARE No.

Página 1 de

2

257

Yo/nosotros:> And Aith Declares > VIO. Andre Sineste
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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor
por la cantidad de: Po
capital:
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 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 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
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.

se suscribe carta de instrucciones, que YIOX Andrace de conformidad de la as don's wer será llenado por el acreedor, 0272 Firma(s): → H 1 1 A pagaré Este

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

		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	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		
		0	TACI	8	io y	TACL		
		ORCI		guido	SORC	BILL		
		SNO	KEHA	distin	CON	KHA		
	VO/nosotros, ANA RITA GOCIA, Sucz No. 1902 ANDICO CONCEPC	回	Ш	are	JE I	Ш		
	na	INAU	OTO	pag	MN	010		
	ď	MM	STIT	del	A ER	STIT		
	Ů Ų	ICA	Z	000	INIC	2		
	John !	CLIN	NOE	bla	2			
	7	. S	MM	e	/or de	MM	iones	
	o//\	izamo	/o E	acios	a fa	<b>■</b> 0//	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
		autor	S.	esb	scrito	S.	es ins	
		las, i	. S.A	los	ns so	S.A	Juient	
	μ	s firm	NUE	enar	hem	NOE	as sig	1.4 1.4
	7,	estra	EMA	a E	echa	EMA	Con	
	5,10	e nu	IAS	par	⊓lait	IAS	orme	Take Calaba and
	00	oje d	TENC	A.S	a ant	IENC	conf	
	8	<u></u>	DEP	S	Ĭ	DE.	S.A.S	
	1.19	arece	L DE	ILL		L DE	E	
	9	o ap	ONA	INF		ONA	IFAN	
.	DIVI	COM	VACI	Z		AACI	N I	
Bogota D.C.,	₹′so.	do(s)	101	ACIO		101	ACIC	
ota	osotr	tifica	H	31LT			SILIT	
Bog	yo/r	iden	INS	IA	No.	SZ	HAE	

- 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 y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente y And no ingreso con fecha ႕
- Intereses de plazo:
- 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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:	
C.C.:	de	
Firma responsable: 月ル4 & いの & C.C.: ティン・6 o チブら	ANSUCZ Nombre del responsable: ANA QITA ACANS	\$ 5.5°



### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

#### Documento Controlado 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 ger Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 月ル月
Estado Civil:	WII: SOITCYQ
Parentesc	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $m{\mathcal{Mad}}$
Empresa	Empresa empleadora:
Dirección:	1. K 2 728 83
Teléfono(s):	(s): 282 4857
Trabajado	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	:
Telefono(s):	(s): 2824857
Declaro q CLINICA EMMANU del crédit	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:
в. ≯	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 cumplimento 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
Ç	significativa.  Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
	<b>SUPERFINANCIERA</b> 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.
D.	Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo processio coñstilado en cue sociamente el periodo processio conservar.
ĹΠ	necesario senalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. 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.
La autoriz es veras,	La 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
rectificaci obligaciór	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
de mi petición.	tición.

Firma:

ANA

 $Q_i T \beta$ 

Oladinguez

C.C.:

Nombres

BUB

5

W

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,

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