e grueg	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	SOC
1000 TO THE TOTAL THE TOTA	Documento Controlado	Original:21/12/2016 Vers	Versión: 01
Antakauzi Inde india	FR- GFCT -01	Actualización:// Págin	Página 1 de 2
		PAGARE No. 220	
Yo/nosotros: Vicipi F10EL	HERMITHUREZ	VIO. PINA. E. MEJA DE HERUMULE	ERAMIG E
identificado(s) como aparece al pie de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI	in (nuestras) firma(s), declaramos ilo y/o al INSTITUTO NACIONIA	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., V/o
por la cantidad de:		או אוא דר סיאיס פון מתפומות אוווי אופוויפות פון מ	Por
intereses de plazo:			_ _ \overline{P}
	a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	IS:	Por
otros gastos:			Nos
agar	ero al acreedor en sus oficinas de Bc	dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	u orden,
o al tenedor de este pagare, el día _	ap de	del año SEGI	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre la	las obligaciones insultas y los gasto	que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	máxima
autorizada por las autoridades moneta	arias. TERCERO: que en caso de o	autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	serán de
nuestro cargo los gastos y costos que	por dicha cobranza se ocasionen,	nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	iay lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha d	de la respectiva demanda judicial, s	partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	າ año de
anterioridad o más, pagaremos interes	sses a la máxima tasa fijada para la	anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>OUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso	en caso

que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy identificado(s) como aparece al pie/dé 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 INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o distinguido CARJA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO AIDA-E. MEJA pagare 11/24 B. del blanco en HOIE ا % los espacios acreedor, de conformidad % FRLIANDET llenar S.A.S para por FibEC INFANTIL Este pagaré sada llehado 10/01 Firma(s): HABILITACION D.C.

de arreglo directo <u>o de pago</u> 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** 

LINFANTIK S.A.S de fonformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio

HERMANDGZ-

S S

'n,

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 y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha

HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:

3 %

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 acueldo con estas-instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es cancelada en su totalidad, poor el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre Lel paciente: 1210 A. M. E. A. D.E. Herrand		Jombre delkesponsable: Vich F. HER MANG &		
Nombre el p	de (300%)	Nombre de	de Charlon de	
~ (CP) 5.			p / qı	
E. MARGED	/ // /	Musika	1201	>
Firma paciente: 7100	C.C.: 51695631	Firma responsable	C.C.: 22828	



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

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN

FR- GFCT -01

Actualización: --/--/-

Página 2 de 2

Datos generales de quien(es) va(n) a suscibir pagare y carta de instrucciones: Nombres://パン/アーチルのとし、プラルルがんとこ SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Cedula de ciudadanía: 22827.8V
Estado Civil: CPVPD
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: EHOGO
Empresa empleadora:
Dirección: 1490 118Bis = (119) 89-17-76~1147.7 1710/ 301
Teléfono(s): 306 526 2 314 3526 205 . //
Trabajador independiente (profesión u oficio): $oldsymbol{\lambda}$ $oldsymbol{\mathcal{E}}$ $oldsymbol{\mathcal{U}}$ $oldsymbol{\mathcal{U}}$ $oldsymbol{\mathcal{U}}$
Dirección: Me. 7/8 B. 1 29-19-126 1 nat 7 1918 30
Telefono(s): 306 52 2 3/4 352620 (7)

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:

- ⋋ 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
- œ Reportar a las 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 centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno
- $\circ$ **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. Enviar 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 comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en 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

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

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes 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 constitucionales legales y, tercero, elaborar

sus alcances Declaro haber lejdo sus/implicaciones vidadosamente el ceritenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

Nombres VICON L. TERLIPHOE
C.C.: Z 727/84 -