## PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-**FORMATO PAGARE** Documento Controlado <del>0</del> FR- GFCT

PAGARE No.

030

de 2

Página 1

Versión: 01

Yo/Nosotros: つつこうこうことが、こうことが、これでは、
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de:
capital:Por
intereses de plazo: Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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 pon lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

suscribe Se instrucciones, ф carta ā ф de\_conformidad % acreedor, llenado por el arran Este pagaré Firma(s):\_

ĥô

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

No.\_\_\_\_\_\_\_\_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 INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION CONSORCIO y/o firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones \ \ -AWGREE como aparece al pie de nuestras 2017 Erro 13 2/12 identificado(s) D.C., yo/nosotros,\_ Bogotá

- 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
  - Intereses de plazo: 2 %
- 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: New Jhirth Consol
C.C.: TI 1007 466,656	de Tonce Ciasúga
Firma responsable: $\bigcirc$	Nombre del responsable: Rodina 12 (Cone)
- de	Encouve



## nde branco 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

No Da

Datos ge Nombre:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: <u>Cle ha Cledva Awored provede</u>
Cedula c	038
Estado Civil:	Civil: Character Libra
Parentes	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa	Empresa empleadora: Toomi Koron E.P.J.
Dirección:	(correc
Teléfono(s):	o(s): 321 3884920
Trabajao	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: _ Telefono(s):	n:
Declaro	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica v dov mi consentimiento de expreso e irrevocable a la
CLINIC	CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
del créd	del crédito solicitado, para:
A.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
D C	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Penortar 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
C.	significativa. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
D.	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.  Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo  necessir señalado en sus regismentos la información indicada en los literales R y E de esta cláusula
ĹΠ	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 auto es vera	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
rectifica obligaci	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.	petición.

6 **5** 0

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

Firma:

herry

Te

D.

긐

균

₽.

Щ

Pa

ES

6