Chines	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	<b>NLIZADOS</b>
Special and the second	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
And Establish	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

4

(	PAGAKE NO. 124
The southernown of the southerno	THE STATE OF THE S
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudoyes incondicionales de	MERO: que somos deudopés incondicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO MACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTODE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	TIL S.A.S en adelantg'simplemente el acreedor, Por
	Por
intereses de plazo:	
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias.	Por
otros gastos:	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dineko al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el dia	del ano SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	remós 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	udícial 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	က် el valor del ímpuesto de timbre, si hay lugar
	os 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	QUINTO: los honorarios de abogado, en caso
de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% s	se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.
SEXIO: que seran de nuestro cargo los impuestos/que causen este pagare, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	edado al acreedor facultando para pagarlos por
MI CUENTA SI TUEFE NECESSARIO. ESTE pagare sera llenado por CLIMICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENÇIAS EMANITELS A S/A EMMANITELYNICITATINIO DE BENABILITACIONIS UNBILITACIONIS	MNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
	IO DE REHABILITACION I MABILITACION
INFANIL S.A.S. de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidadacon lo dispuesto en el articulo 622, inciso 2 del codigo de comercio	
Firmach: Control of the Control of t	- Alberto.
enado por el acreedor, de confor	ta de instrucciones, que se suscribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	ON ESPACIOS EN BLANCO
**************************************	
ros, the Treday (Sates No	Marilla Amilia - Aberila
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a	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	NUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y

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 MACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. REHABILITACION YHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha 3. %

HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el 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

HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme contas siguientes instrucciones

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. Nombre del paciente Firma paciente:

		1	3600 4000 13	)		/	P
ייייי מיייי מייייייייייייייייייייייייי			Nombre del responsable: 🗸		) > >		
	C.C.:		Firma responsable:	C.C.: TOTAL AND A de			

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

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QÚIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

<i>(</i>
Datos generales de quiep <del>(es) v</del> a(n) al suscribir pagare y carta de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: 10H GTB 10H
Estado Civil: Onton Charles
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Teléfono(s): 311 21077418.
Trabajador independiente (profesión y oficio):
Dirección: $\bigcirc \bigcirc \bigcirc$
Telefono(s): 311 203148 //

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y do 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. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tigatar, tanto sobre el cumplimento oportuno Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la infolmación relevante para conocer mi desempeño
- Β. patrimonial de tal forma que éstas presenten yna información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de píis obligaciones crediticias desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información o de mis deberes legales de contenido
- $\bigcirc$ estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa v, tambien, por intermedio de la **SUPERFINANCIERA** o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que \v, 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 actualixaciones y durante el periodo
- ĬШ a mis relaciones comerciales 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. financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que

de mi petición. 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 La autorización apterior no me/impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas v derivar

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

sus alcances y sus implicaciones. Control Hendride