Cunter Cunter Erumsenzei	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
fundoment nation	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 0
Inde Remarks	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de

PAGARE No.

274

Yo/nosotros: NET OANESA EON TIMENE YOU STIME OUT TOUR SIMES A SUCKE TIMENER 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:	es de Vou
capital:	õ
intereses de plazo:	Po
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Po
otros gastos:	N
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	rden,
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO:	Ö
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	xima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	in de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	ĭo de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	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.	orios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	s por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por <b>CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO</b>	5
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a narte hemos impartido para tal efecto. de	
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	Š
FIRMA(S): JNGFI CHANGE (CON SIMPLEY) & CHOCK TIMESET	
Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy	hod
	•

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

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 identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o i INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: CANOSA ISON 30g D.C., yo/nosotros, کے Bogotá

- médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los ingreso con fecha
  - Intereses de plazo:
  - Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 3.5

ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:de	Nombre del responsable: INGI ( US NCTA ( CO) de 1806 ( TA)
Firma paciente:C.C.:	Firma responsable: [NGI] WAVESA (CO. 2033-1033-1033-1033-1033-1033-1033-1033-



## 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

Nombres: NOV Charles value advantage payore y care and insurance.
Cedula de ciudadanía: 103319837
Estado Civil: STERA
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HIJO
Empresa empleadora: ECIEN
Dirección: C/ 48 N SOL N 3-10 (NT 2 APT 10).
Teléfono(s): 77 (4860 - 3204763948
Trabajador independiente (profesión u oficio): らかりんろう
Dirección: 01 48 N 509 N 3-90 NT 2 APT 102
Telefono(s): 14860.

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

- ₽ 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información 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 Reportar a las 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
- Ō 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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mí derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada anteriores

mediante modelos matemáticos, 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 conclusiones de ellas constitucionales legales ζ tercero, a elaborar estadísticas derivar,

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

Nombres <u>E</u> JASON TO SEL N N DIMESEZ

Firma: Dancod 200