Construct Entrangle Inde

| FR - THRL - | 04 |
|-------------|----|

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

| | DA CADE N. | 1763 8 | |
|--|--|---------------------------------------|----------------|
| Yo/nosotros & Dieste Azotiz Weding | PAGARE No. | | idontifica |
| | | a davidana brasi | identifica |
| do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declara | | | |
| CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACI | | | |
| INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANT | • | ente el acreedor, p | or la cantidad |
| de: | | | |
| Por capital: | | | Dov |
| Por intereses de plazo: | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | Por |
| intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades m | ionetarias: | | |
| otros gastos: | de Beert D.C. on la Consum | 22 = 142 62 = 6 | Nos |
| obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas | s de Bogota D.C., en la Carrera | 22 10. 142-03, 0 6 | en su orden, o |
| al tenedor de este pagare, el díade | dei ano | SEGU | oue a: que a |
| partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los o | | | |
| autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en ca | | | |
| nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasio | | | |
| él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda juc | licial, sobre los intereses pend | lientes, debidos co | on un año de |
| anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada p | | | |
| arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen er | | | |
| SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen est | e pagaré, quedado al acreedor | facultando para pa | agarlos por mi |
| cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSOR | CIO CLINICA EMMNAUEL y | o al INSTITUTO | NACIONAL |
| DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTIT | UTO DE REHABILITACION | Y HABILITACIO | N INFANTIL |
| ${f S.A.S}$ de conformidad con las instrucciones que en documento a | parte hemos impartido para ta | al efecto, de confo | rmidad con lo |
| dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. | | Programme and the second | |
| Firma(a): | | • | Fste |
| Firma(s): | do la carta do instruccio | anac aua sa s | euccribe boy |
| pagare sera llenado por el acreedor, de conformidad | | ones, que se s | suscribe noy |
| Bogotá,D.C.,yo, | | | y/o |
| Nosotros, | | | |
| identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamo | s a CONSORCIO CLINICA E | MMNAUEL y/o al | INSTITUTO |
| NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU | JEL INSTITUTO DE REHABI | LITACION Y HA | BILITACION |
| INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare o | distinguido con el No | | que en la |
| fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS | SORCIO y/o al INSTITUTO | NACIONAL DE | DEMENCIAS |
| EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI | ITACION Y HABILITACION | INFANTIL S.A.S | conforme con |
| las siguientes instrucciones: | | ., | |
| 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, | | | |
| médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasiona | dos a la institución (bienes m | uebles e inmueble: | s), copagos y |
| cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por | concepto de la permanencia | en el CONSORC | IO CLINICA |
| EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI | | | |
| REHABILITACION /Y # HABILITA | | NTILS.A.S; | del |
| paciente X [4dy12/12 7-120/11 130/12 [1/11] | <u> </u> | ingreso c | on fecha |
| * Noviembre 19 de 2018 | | | |
| | | | |
| | | <u></u> | |
| 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade | | | |
| Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co | obranzas prejudicial y judicial e | | |
| Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al m | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien | | |
| Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien | | |
| Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al m cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya he | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien cho abono a tal cuenta. | te ya nombrado la | cuenta no es |
| Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al m | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien | | cuenta no es |
| Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las con El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al m cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya he Firma paciente: | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien cho abono a tal cuenta. | te ya nombrado la | |
| 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las con El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al micancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya he Firma paciente: C.C.: | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien cho abono a tal cuenta. | te ya nombrado la | cuenta no es |
| 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las con El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al micancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya he Firma paciente: C.C.: de Firma responsable: Dueste Firma C.C.: | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien cho abono a tal cuenta. | te ya nombrado la | cuenta no es |
| 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridade Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las con El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al micancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya he Firma paciente: C.C.: de | obranzas prejudicial y judicial e omento de la salida del pacien cho abono a tal cuenta. | te ya nombrado la | cuenta no es |

Edingshot Edingshot Edward indelegan

| FORMATO PAGA | ARE PARA PACIENTES HOSPI | TALIZADOS |
|----------------|--------------------------|---------------|
| FR – THRL – 04 | Original: 29/06/2017 | Versión: 01 |
| | Actualización:// | Página 2 de 2 |

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

| Datos ge | nerales de quien(es), va(ŋ) a suscribir pagare y carta de instrucciones: |
|--|--|
| Nombres | : A Triente Batis Medino |
| Cedula d | e ciudadanía: 19282033 de 130955 |
| | ivil: K casado |
| Parentes | co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>V HQDQ</u> |
| Empresa | empleadora: Y CooTyansper LTDya |
| Dirección | n: X |
| Teléfono | 1: X (s): N 285954fr |
| | or independiente (profesión u oficio): |
| _ | |
| | (s): |
| CONSO | que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL JTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito o, para: |
| B. C. D. E. La autori veras, corectificaci | 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 significativa. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la 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. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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. Zación anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es empleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no los sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su lón y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación rme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi |
| para fine públicas | zación anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada s diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, modelos matemáticos, conclusiones de ellas. |
| | naber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo ces y sus implicaciones. |
| C.C.: | * 10789533 1375 |
| C.C.: Firma: | Dientille We |
| i ii i i i i d | TY /10701/10001 |