## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Environ Clivica Enimanuel Original: 29/06/2017 Establia Inde Constant $\mathsf{FR}-\mathsf{THRL}-\mathsf{04}$ Actualización: --/--/----

Versión: 01

Página 1 de 2

	. //	10/	Ć			1839 8	1
Yo/nosotros:	I have of	Flank Da	outo	, PAGARI		1039 0	j identifica
Yo/nosotros: -> (	SACING PH	1419.00	i wil	y/o	o comos do	udoros inco	identifica
do(s) como aparece CONSORCIO CLIN	! al pie de mi	(nuestras) firma(	s), declaramos:	PRIMERO: que	e somos de C FMANIIFI	SAS. v/	n FMMANUEL
CONSORCIO CLINI INSTITUTO DE REI	CA EMMNAUEL	A HABILITACIOI	IU NACIUNAL I INEANTII S	, DE DEMENCIA A S en adelante s	implemente	el acreedor.	por la cantidad
	1ABILITACION	LUMBILLIACIO	A TIALWIALITE OF	AIS CIT ducidities 3	in premene	ci acicodoi;	por ta unitame
de: Por capital:							
Por intereses de nia:	/O'		-				Pot
Por intereses de plaz intereses de mora: a	la máxima autor	izada por las auto	ridades moneta	rias:			Por
otroe dactoe	<b>L</b>						NOS
obligamos a pagar di	cha suma de dinei	ro al acreedor en s	sus oficinas de B	ogotá D.C., en la	Carrera 22 n	o. 142-63, o	en su orden, o
al tenedor de este pa	agare, el día	· d	e	del añ	0	SEG	UNDO: que a
nartir de esta fec	rhat sobre las d	obligaciones insult	as y los gastos	pagaremos inte	reses morato	orios a la ta	isa de máxima
autorizada nor las at	itoridades moneta	arias. TERCERO:	que en caso de	e cobro iudicial o	extra judicia	al de este pa	agare seràn de
nuestro cargo los gas	etos y costos que	por dicha cobranz	a se ocasionen.	asi como el valor	del impuesto	o de timbre,	si nay lugar de
ál CHARTO: a part	ir de la fecha de	· la respectiva de	manda judicial.	sobre los interes	es pendiente	es, debidos (	con un ano de
antorioridad o mác i	sagaremos interes	es a la máxima ta	sa fiiada para la	mora. OUINTO:	i ios nonorar	ios de aboga	ido, en caso de
arregió directo o de	nago a la etana	prejudicial, se est	ablecen en un l	20% sobre el val	or de la obli	gacion mas :	sus accesorios
SEXTO: que serán d	e nuestro cargo k	os impuestos que o	causen este paq	are, quedado al a	creedor facu	itando para j	paganos por m
cuenta si fuere nece	sario. Este pagaré	será llenado por	CONSORCIO	CLINICA EMMN	AUEL Y/O a	I TUSITIOI	ON THEANTH
DE DEMENCIAS E	MANUEL S.A.S.,	y/o EMMANUE	L INSTITUTO	DE REHABILITA	noro tol ofo	eto de conf	ormidad con le
S.A.S de conformida	d con las instrucc	liones que en doc	umento a parte	nemos impartido	para tai ere	cto, ac com	Official Coff ic
dispuesto en el artícu	10 622, Inciso 2 de	si coalgo de comer	CIO.			2.5 (2.14) 25 (2.14)	
Firma(s):		2 - y <u> </u>	y/o				Este
Firma(s): pagaré será llena	do por el aci	eedor, de conf	ormidad de	la carta de ii	nstrucciones,	que se	suscribe hoy
	CARTA DE INST	RUCCIONES PAF	RA LLENAR PA	GARE CON ESPA	CIOS EN BI	-ANCO	
Bogotá.D.Cvo.							y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,	, yindigile.						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
identificado(s) como	anarece al nie de	nuestras firmas,	autorizamos a <b>C</b>	ONSORCIO CLI	NICA EMMI	IAUEL y/o	al INSTITUTO
NACTONAL DE DEL	MENCIAS EMAN	IUEL S.A.S., v/o	EMMANUEL I	nstituto de i	<b>SEHABILLI</b>	ACION Y H	<b>ARTITIACTON</b>
INFANTIL S.A.S pa	ra llenar los espa	icios en blanco de	el pagare disting	guido con el No	ETTLITO NA	CTONAL DE	que en a
fecha hemos suscrit	o a favor de C	LINICA EMMNA	UEL CONSORC	ION V HARTITT	ACTON THE	CIONAL DE	: periencias S conforme coi
EMANUEL S.A.S., y		INSTITUTO DE	KEHABILITAC	TON A HABILLIA	ACTOM TIME	AINTIL SIMIS	COLHOINE COL
las siguientes instruc 1.El valor del capital	ciones:	tal aug nam haan	italización conc	ulta prioritaria V	hospital día	servicios or	estados por lo
<ol> <li>1.El valor del capital médicos adscritos a</li> </ol>	sera la suma lo	tai que poi nosp	ritalization, tons	ulta prioritana y Lia institución (h	ienes muebli	es e inmueb	les), copagos '
cuotas moderadores	u domác azetos	and so have inc	urrido nor conc	ento de la nerma	nencia en e	CONSOR	CIO CLINICA
EMMNAUEL y/o a	y denias gasos	NACTONAL DE	DEMENCIAS I	MANUEL S.A.S	., y/o EMI	MANUEL IN	ISTITUTO DI
REHABILITACION		Y	HABILITACIO	N	INFANTI	LS.A.S;	de
paciente		•			quien	ingreso	con fech
pacience							
I. Intereses de plaze	D:						
2. Intereses de mor-	a a la máxima tas	a permitida por las	autoridades mo	netarias.			
Así mismo me (nos)	obligo (obligamos	a pagar los gast	os de las cobrar	ızas prejudicial y j	iudicial en ca	so de que ha	aya lugar a ello
El pagare será llenac	do de acuerdo con	n estas instruccion	es, si al momer	ito de la salida de	el paciente ya	a nombrado	la cuenta no e
cancelada en su tota		1	aa baysa backa s	shana a tal cuanta			
	iontos =	benedso de que beneden de Ellas Povar	Helica M	olan () No	mbre	del	paciente
Firma pac	iente:	COCICILII	11/10/16	<u></u>		441	L
C.C.: [2583	37/	${10000000000000000000000000000000000$	, Boile	e			
Firma responsable: _	Eliana.M	Ellest evail	6 . 1				<u>_</u>
		- (					

## Enrea co Clinica Emmanuel Ekaniel Inde

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	<b>D</b> (

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 generales de glien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Efrang Defla of Duouto
Cedula de ciudadanía: 57558532 B/CL —
Estado Civil: Solfera
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): Maniourista Profesiona C.
Dirección: KW 69 N-#64-90 Biospe Roputor
Telefono(s): 3115150448
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 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:  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
<ul> <li>Como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.</li> <li>B. 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.</li> <li>C. 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.</li> <li>D. 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.</li> <li>E. 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.</li> </ul>
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 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.
a 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 núblicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, nediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo us alcances y sus implicaciones.
dombres <u>Eliana Stella H. Duoute</u> c.c.: <u>57558537 Blut</u>
.c.: \$7538\36 B/W
Company, Control of the Control of t