## Entrated independent

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

I' I I I A R	PAGARE No.	1768 B	
Yo/nosotros: Lindy Herrera B.	PAGARE No. y/o	identif	ica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos	: PRIMERO: que somos de	udores incondicionales	de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONA INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S			
de:	TAID OF Additite Simplemente of	a derection, por la carrei	auu
Por capital:		<del></del>	
Por intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monet	arias:		Por
otros gastos:			Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de	Bogotá D.C., en la Carrera 22 n	o. 142-63, o en su order	1, 0
al tenedor de este pagare, el díade			
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gasto			
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso d	e cobro judicial o extra judicia	l 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 hav lugar	de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial,			
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para l			
arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un	20% sobre el valor de la oblic	ación más sus accesor	ios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este par			
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO	CLINICA EMMNAUEL v/o a	INSTITUTO NACION	AL
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	DE REHABILITACION Y H/	ABILITACION INFAN	ΓIL
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte	hemos impartido para tal efe	cto, de conformidad cor	ı lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	in the second		
dispuesto en el dicidad obbly maios il del todigo de como dis	-		
Firma(s):			ste
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de	la carta de instrucciones,	que se suscribe l	поу
		<u> </u>	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PA	GARE CON ESPACIOS EN BL	ANCO	
out to the control of			
Bogotá, D.C., yo, 19 xlovieube 2018.		<u> </u>	0
11030(103)		1.17.	
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a C	ONSORCIO CLINICA EMMN	AUEL y/o al INSTITU	то
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO DE REHABILITA	CION Y HABILITACIO	
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distin			
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORO			
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITAC	ION Y HABILITACION INFA	NTIL S.A.S conforme	con
las siguientes instrucciones:			
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, cons	ulta prioritaria y hospital dia,	servicios prestados por	los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados			
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conc	epto de la permanencia en el	CONSORCIO CLINI	CA
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS			
REHABILITACION Y HABILITACIO	The state of the s	·	del
paciente	quien	ingreso con fe	cha
		<del></del>	
l. Intereses de plazo:			
<ol><li>Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mo</li></ol>			
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobrar	ızas prejudicial y judicial en cas	o de que haya lugar a e	llo.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momer	ito 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 a	abono a tal cuenta.		
, ,		4.1	
Firma paciente:	Nombre	del pacier	ite:
Firma responsable:			
Nombre del responsable: Lindy Herrera B			
c.c.: 52269777 de Bts'			

## Concerns Eminamiel Francisco de la concerna de la

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS					
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

atos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	
ombres: Lindy floran	
edula de ciudadanía: 82269775	
stado Civil: So Itan,	
arentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Novia,	
mpresa empleadora: OXY de Colombia.	
irección: Calle 74 a #11.	
eléfono(s): 3208501993.	
abajador independiente (profesión u oficio):	
irección:	
elefono(s):	

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al 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 como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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.

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 públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

Nombres	linder	, flener	n,		
C.C.:	5226	7775	/		
Firma:		~~~~	_/		
	<u> </u>		/		