## Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado FR- GFCT -01 nde Mille Candico es

<i>%</i> -			PAGARE No.	1238	
(o/nosotros:	· VItabina Parsa Pari acho	Panacho	WO DUFING	Payra Carlacho	
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 9/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S v/o	pie de mi (nuestras MNAUEL y/o al	firma(s), declaramos: P INSTITUTO NACION	RIMERO: que somos de Al DE DEMENCIAS	eudores incondicionales o	:8 <b>9</b>
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente et acreedor,	REHABILITACION	Y HABILITACION INF	ANTIL S.A.S en adelante	s simplemente el acreedo	, <u>F</u>
apitat:	300			<u> </u>	<u> </u>
ntereses de plazo:				ă	Š
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	ra autorízada por la	is autoridades monetaria	:\$:	<u> </u>	ğ
otros gastos:				X	Nos
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,	de dinero al acreedo	r en sus oficinas de Bogol	tá D.C., en la Carrera 22 r	no. 142-63, o en su order	) <u>;</u>
o al tenedor de este pagare, el día	el día	de	del año	SEGUNDO:	Ä
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	sobre las obligacion	es insultas y los gastos pa	agaremos intereses mora	torios a la tasa de máxim	ě
iutorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	monetarias. TERCE	RO: que en caso de cob	ro judicial o extra judicia	il de este pagare serán d	왕
ouestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar le él: CUARTO: a nattir de la fenha de la respertiva demanda judirial sobiva de intraspor pondicados, debidos pa	ios que por dicha co fecha de la respectiv	branza se ocasionen, así va demanda hudirfel eok	como el valor del impuedo los intereses	sto de timbre, si hay luga	a,
Interioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso	intereses a la máxi	ma tasa fijada para la mo	ora: QUINTO: los honora	as, debidos can un ano d arios de abogado, en cas	* 8
le arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	a etapa prejudicial,	se establecen en un 20%	sobre el valor de la obiig	Jación más sus accesorio	<u>بر</u>
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	cargo los impuestos	que causen este pagaré,	quedado al acreedor fac	ultando para pagarlos po	5
ni cuenta si fuere necesario. Este pagare sera llenado por CONSORCIO CLINICA EMMINAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANITEL S. A.S. V.O. EMMANILLI VINSTITUTO DE BELLASTITUTACADA VILABLI MALAGO.	Este pagare sera	Henado por CONSORC	TO CLINICA EMMNAU	JEL y/o al INSTITUTA	ρ;
NFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	idad con las Instrui	cciones que en documei	nto a parte hemos impa	atido para tal efecto, d	<b>z</b> 4
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, Inciso 2 del código de comercio.	n el artículo 622, Inc	ciso 2 del codigo de come	ircio.		
(0)					

ģ suscribe instrucciones, que se 쓩 ente P de ia será llenado por el acreedor, de conformidad Este pagaré Firma(s):

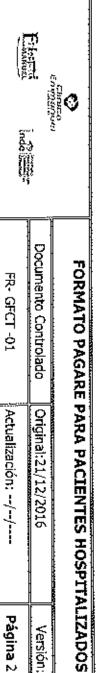
## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Ý	ī	<b>&gt;</b>	ď	æ	>	•	8
ž.	0	ŏ	Ē	Ş	ð		ŏ
· 1/ + 661/12 /2 18 Wo Nosotros	>	Ğ	8	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	ğ		Š
ول	, ij	È	್ಲ	ğ	È		Ř
	3	ğ	Ğ	ő	BIL		est
1	ĮΣ	Ŧ	Ĕ	ž	¥		Š
Λ.	1	RE	Ö	ರ	KE		ίΩ
	13	W	ā	頁	¥		5
ें	ž	0	806	3	0		Ğ,
Ξ.	₽	5	ð.	Ξ	5		.0
10	0	E	菜	Ē	E		걸
9	ů	ž	Ĭ	8	왍		Š
-4	Š	ī	မွ	Z	1		>- m
$\leq$	ž	3	녆	ુ	S		Ĕ
	ŭ	¥	_	솭	¥	8	io
*	. w	Σ	Đ)	ă	Σ	Q.	ā
	Ë	ш	So	ģ	ш	Ö	ΩŢ
	iğ.	Š	90	TO CO	š	돲	Š
	육	ห่	Ą.	₩.	ı,	ં×ા	2
	100	4	Ϋ́.	SUS	4	Ě	Ğ
_	Ber	7	포	Ş	LS	Ę	Biza
J.	Ę.	5	ķ	Ē	뿔	Š	뚪
***	ras	Ϋ́	<u>=</u>	횬	₹	Ğ	ĕ
1	ð	Щ	Ф	9	Ē	8	ŏ
<u>-</u> _	2	A5	ğ	ψĐ	Ş	Ë	한
1	a	ū	rΑ	₽	Ā	ğ	
	ē	Щ	4	윮	ű	8	S
	7	ğ	S	Ī	Ď	S	ø
	ψ	<u>ц</u>	1		w	W	βű
Y	ň	٥	Ż		٥,	Ē	<u>w</u>
	ě	3	Ŧ		3	A.	erá
•	ê	B	ä		ឝ្គ	ž	<u> </u>
Į	8	¥	ž		₹	ž	1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
Bogotá, D.C., yo, 9 19 461.1 1 &	identificado(s) como aparece al pile de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMIRADEL y/o al	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el		INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	<u>11</u>
ú	g	5	Ĭ		ž	Ĕ	Ď
ā	Ϊ	E	113		E	1	졍
용	ent	S	AB	ا. ف	Š	AB	mi.
$\mathbf{a}$	.Ω	Ħ	I	z	Ħ	I	<b>-</b> -t

- médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blehes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA COUCAS moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SA.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE DEMANTILS.A.S. del paciente DE PINA DEL TABRILITACION PRANTILS.A.S. del paciente DE PINA DE PINA DEL TABRILITACION PRANTILS.A.S. del paciente DE PINA DE PINA DEL TABRILITACION PRANTILS.A.S. del paciente DE PINA DE ingreso con fecha

 Intereses de plazo:
 Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
 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 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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:
C.C.:	***************************************
Firma responsable:	
Nombre del responsable: " Uitubina Parsa Camacho	Pars Cariacho
FF 25525	2040 ta



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

cc: 52 552 287	Nombres V) telbina	Declaro haber leido cuidadosamente el conta sus alcances y sus implicaciones.	La autorización anterior no permite a (la entidad) y a la para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de públicas competentes el cumplimiento de mis debere mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	La autorización anterior no me impedirá eje es veras, completa, exacta y ecualizada, y rectificación y a que se informa sobre las obligación de indicarme, cuando yo lo pida, de mi petición.	<ul> <li>D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, o necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.</li> </ul>	signaicativa. C. Enviar la información mendonada SUPERFINANCIERA o las demás estas puedan tratacla, analizada de	Consultar, en cualquier tiempo, en como deudor, mi capacidad de pacidad.     Reportar a las centrales de inform como sobre el incumplimiento, se patrimonial de tal forma que estas desempeño como deudor después confectivo.	Oirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) : CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/ EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA del crédito solicitado, para:	Parentesco o calidad en la que actua, si no es el paciente: Empresa empleadora; Dirección: Teléfono(s): Trabajador independiente (profesión u oficio):	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: レナビ カ:ハン レム・バン Cedula de ciudadanía: ラン ミミク カナナ Estado Civil: ミップ オビィス
	P @130-	Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula. y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	La autorización enterior 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.	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.	Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de nesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus regiamentos la información indicada en los literales 8. y.E. de esta cláusula. Suministrar a las centrales de información de nesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis refaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	significativo. 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 tratacla, analizada, clasificada y luego suministraria a dichas centrales.	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 estas 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 desemben.	Dirección: Telefono(s): Telefon	el paciente: SCI M2102	irta de i

Firma: