9 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Página 1 Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01 nde Smith

	PAGARE No. 1229	
ro/nosotros: Lecilia Santodoningo	No Earlos Mounicio Comez S.	omez S.
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	laramos: PRIMERO: que somos deudores inc	ondicionales de
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 en adelante simplemente el acreedor	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL CION INFANTIL S.A.S en adelante simulement	S.A.S., y/c
oor la cantidad de:		
capital:		
ntereses de plazo:		
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las áutoridades monetarias:	monetarias:	Pol
otros gastos:	Trans.	
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	as de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63.	o en su orden
o al tenedor de este pagare, el díade	del año	SEGUNDO
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	s gastos pagaremos intereses moratorios a la t	asa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	aso de cobro judicial o extra judicial de este pa	agare serán de
nestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hav luga	sionen, así como el valor del impuesto de timbi	e. si hav lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	dicial, sobre los intereses pendientes, debidos	con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en casc	para la mora. QUINTO: los honorarios de abc	ogado, en caso
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	en un 20% sobre el valor de la obligación más	sus accesorios
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	ste pagaré, quedado al acreedor facultando par	a pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o a	INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	EL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA	BILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	n documento a parte hemos impartido para	tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	Jo de comercio.	

hoy 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 Bogotá,D.C.,yo, 15-6/2011/dr 2018 (Pocilia Santolomingo y/o Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINÍCA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y suscribe Se CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO de instrucciones, que carta de la de conformidad los 2018 acreedor, Ğ ਚ ь será Ilenado HABILITACION pagaré

%

Firma(s):

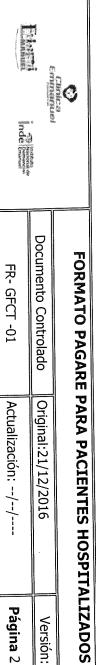
servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el **CONSORCIO CLINICA** Manne Gome & quien HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente COMOS M ingreso con fecha

1. 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 no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Wo Lia San	1380/17 13800/a
------------	-----------------



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

c.c.: 41580117 Bogota	Nombres Cecilia Santodomingo	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	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.	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.	 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. 	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 contro codos tatables applicada y luego suministrada a dichas centrales.	 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 	Dirección: Telefono(s): Telefono(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:	Estado Civil:	TO 1 1 1 1 1 1 1
		y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo	de información de riesgo divulgar la información mencionada e un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades ionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,	roborar en cualquier tiempo que la información suministrada sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su las. Tampoco liberará a las centrales de información de la ria de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores	as centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en so documentos públicos.	iesgo de manera directa y, también, por intermedio de la le ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que inistrarla a dichas centrales.	so toda la información relevante para conocer mi desempeño sgo futuro de concederme un crédito. tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno jaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido ación veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi occesado diversos datos útiles para obtener una información	(mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al UEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o ABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor	Nadre	strucciones:

Firma: