## Correspondences Entinanues

Fakagagi

nde E

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

	PAGARE No.	1834 B	
Yo/nosotros: Henry Pastrano barcio	y/o	id	entifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos:	PRIMERO: que somos	deudores incondiciona	iles de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAS EMANU	EL S.A.S., y/o EMM.	ANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.	A.S en adelante simplement	e el acreedor, por la c	antidad
de:			
Por capital:			
Por intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades moneta	rias:		Por
otros gastos:			Nos
otros gastos: obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de B	ogotá D.C., en la Carrera 22	no. 142-63, o en su o	rden. o
al tenedor de este pagare, el dia de	del año	SECUNDO:	OHO 2
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos	nagaremos intereses mora	etorios a la tasa do r	gue u
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de	cohro judicial o ovtra judi	cial do acto pagaro co	idXIIIId
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen,	est como el valor del impulo	uai de este pagare se	ran de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial,	sobre los intereses nondian	toc dobidos con un	yar ue
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la	more OliNTO les bener	nes, debidos con un a	mo de
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 2	10% sobre al valor de la el	dios de abogado, en c	aso de
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este paga	vá suprada al astrondos for	nigación más sus acce	sorios.
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO C	TRITCA ENGRIPHICA	ultando para pagarios	por mi
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	LINICA EMMINAUEL Y/O	al INSTITUTO NACI	ONAL
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte	be REHABILITACION Y	HABILITACION INF	ANTIL
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	nemos impartido para tai el	fecto, de conformidad	con lo
dispuesto en el dificulo 622, inciso 2 del codigo de comercio.	•	Your engineering	
Firma(s):		'.	Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la	carta de instrucciones	aug so cucaribo	bou
para and an analysis and an an	cara ac matracciones	o, que se suscribe	1109
:		<u> </u>	<del></del>
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAG	ADE CON ECDACYOC EN S	LANCO	
THE PERSON OF TH	are con Espacios en B	LANCO	
		LANCO	
		LAIVCO	_y/o
Bogotá,D.C.,yo,		( ) 15 ( 15 - 15 ) 	_••
Bogotá,D.C.,yo,	NSORCIO CLINICA EMM	NAUEL v/o al INSTI	TUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT	NAUEL y/o al INSTI	TUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No.	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA	TUTO CION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que	TUTO CION en la
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que	TUTO CION en la
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform	TUTO CION en la CIAS e con
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform	TUTO CION en la CIAS e con
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF ta prioritaria y hospital día, da institución (bienes muebl	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p	TUTO CION en la ICIAS e con or los
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p es e inmuebles), copa	TUTO CION en la CIAS e con or los gos y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p es e inmuebles), copa	TUTO CION en la CIAS e con or los gos y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF ta prioritaria y hospital día, la institución (bienes muebl to de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EM	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p es e inmuebles), copa el CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO	TUTO CION en la CIAS e con or los gos y NICA D DE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF ta prioritaria y hospital día, la institución (bienes muebl to de la permanencia en el MANUEL S.A.S., y/o EM	NAUEL y/o al INSTI TACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p es e inmuebles), copa el CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S;	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF ita prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el IANUEL S.A.S., y/o EM	NAUEL y/o al INSTITACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados pes e inmuebles), copa el CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S;	TUTO CION en la CIAS e con or los gos y NICA D DE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo:	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF ita prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el IANUEL S.A.S., y/o EM INFANTI quien	NAUEL y/o al INSTI TACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p es e inmuebles), copa el CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S;	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo:	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF ita prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el IANUEL S.A.S., y/o EM INFANTI quien	NAUEL y/o al INSTI TACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados p es e inmuebles), copa el CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S;	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF ita prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el IANUEL S.A.S., y/o EM INFANTI quien	NAUEL y/o al INSTITACION Y HABILITA que ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados pes e inmuebles), copa el CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S; ingreso con	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA DN Y HABILITACION INF ita prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el IANUEL S.A.S., y/o EM INFANTI quien	NAUEL y/o al INSTI TACION Y HABILITA	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION y HABILITACION paciente  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF ta prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el INFANTI quien  etarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente y	NAUEL y/o al INSTI TACION Y HABILITA	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF ta prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el INFANTI quien  etarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente y	NAUEL y/o al INSTI TACION Y HABILITA	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF  ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes muebl to de la permanencia en el INFANTI quien  etarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	NAUEL y/o al INSTITACION Y HABILITA que QUE ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados pes e inmuebles), copael CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S; ingreso con so de que haya lugar a nombrado la cuenta	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha n ello. no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Y HABILITACION paciente  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF ta prioritaria y hospital día, ia institución (bienes muebl to de la permanencia en el INFANTI quien  etarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente y	NAUEL y/o al INSTITACION Y HABILITA que QUE ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados pes e inmuebles), copael CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S; ingreso con so de que haya lugar a nombrado la cuenta	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Y HABILITACION paciente  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF  ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes muebl to de la permanencia en el INFANTI quien  etarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	NAUEL y/o al INSTITACION Y HABILITA que QUE ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados pes e inmuebles), copael CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S; ingreso con so de que haya lugar a nombrado la cuenta	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha n ello. no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distingu fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consul médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concep EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EN REHABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abo	NSORCIO CLINICA EMM STITUTO DE REHABILIT ido con el No. O y/o al INSTITUTO NA ON Y HABILITACION INF  ta prioritaria y hospital día, a institución (bienes muebl to de la permanencia en el INFANTI quien  etarias. s prejudicial y judicial en ca de la salida del paciente ya ono a tal cuenta.	NAUEL y/o al INSTITACION Y HABILITA que QUE ACIONAL DE DEMEN ANTIL S.A.S conform servicios prestados pes e inmuebles), copael CONSORCIO CLI MANUEL INSTITUTO LS.A.S; ingreso con so de que haya lugar a nombrado la cuenta	TUTO CION en la ICIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha n ello. no es

## 

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

FR - THRL - 04

PAGARE Y CARTA DE INSTRUÇCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Henry Pastrana barcía
Cedula de ciudadanía: 1075 651922
Estado Civil: Unión Wore
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: Sox Fallmac
Dirección: <u>Jeveda Aposento Sopo</u>
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
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:
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 elias.
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 Heary Pastrana barcia
C.C.: 1075 651987