

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

| Original: 29/06/2017 | Versión: 01 |
|----------------------|-------------|

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

| Vo/nosotros: Acudy 5000000 CZ.món. CZ.món. CZ.món. W/o  do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO; que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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, por la cantidad de:  "Por interesse de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  "Por otros gastos:  "Originario 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, o al tenedor de este pagare; el día  "Bentir de esta fecha, sobre la so bilipaciones insultás y los gastos pagaremos intereses moratros a la saa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. TENCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los satos y costos que por dicha coparaza se coasionen, sai como el valor del impuesto de tribre; si havi ligard e de . Curio? a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre las intereses encláentes, debitos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la miora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arregio directo o de pago a le etapa prejudicial, se establecen en un 2016 sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SENTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagare, quedador al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta a fuera necesario. Este pagare será lenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTIO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones pagare el arregido (s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espados en blanco del pagare distinguido con el No.  Que en la fecha conservició del ca |   | PAGARE No.  | 706 F   |
|--|---|---|---|
| do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por capital:  Por intereses de plazo:  Por intereses de plazo:  Por otros gastos:  Por otros gastos | Yo/nosotros: 4cidy Johanna Eczman Eczman  | v/o   | identifica  |
| 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, por la cantidad de: por intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Por intereses de piazo:  Por assatos:  Nos obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Biogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o al tenedor de este pagare, el día de de de abratir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicia o extra judiciá de este pagare serán de nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como de valor del impuestos de timbre; si hay lugar de f. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa figada para la mora, QUINTO: iso hanorarios de ablogado, en caso de arreglo directo de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagare, quedado a la creedor facultando para pagarlos por mi cuentas fuere necesano. Este pagare lendo por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte herpies impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 522, inciso 2 del código de comercio.  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Bogotá,D.C.,vo,  |   |   |   |
| capital:   | CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA  | S EMANUEL S.A.S., y/o EM  | MANUEL INSTITUTO DE   |
| Intereses de plazo:  | REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adela   | nte simplemente el acreed   |   |
| intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  | capital:  |   | Por   |
| botos gastos:  | intereses de plazo:   |   | Por   |
| al tenedor de este pagare, el día  |   | ias:  |   |
| al tenedor de este pagare, el día  |   |   |   |
| partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos interesses moratorios a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial 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 hay lugar de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los interesses 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 caso de arreglo directo o de paga a la etapa prejudicial, se establecen 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 mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 1/90 al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.  Firma(s):  |   |   |   |
| por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial 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 hay lugar de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, 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 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. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL LAS., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Bogotá,D.C.,yo,  |   |   |   |
| gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, 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 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. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, eucadoa al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuen encesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL LY/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, ínciso 2 del código de comercio.  Firma(s):   |   |   |   |
| de la fecha de la respectiva demanda judicial, 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 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. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Ly/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.   |   |   |   |
| intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, 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. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta sí fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.  Firma(s): /// / // / // // // // // // // // //  |   |   |   |
| prejudicial, se establecen 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 mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.  Firma(s):  //o Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Bogotá,D.C.,yo, //o Sostros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL LY/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION 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 INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:   |   |   |   |
| impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será lienado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.  Firma(s):  |   |   |   |
| Ilenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.    Firma(s):  |   |   |   |
| EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.   |   |   |   |
| en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.  Firma(s):  |   |   |   |
| CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Bogotá,D.C.,yo,  |   |   |   |
| Pagaré será Iténado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Bogotá,D.C.,yo,   |   | •   |   |
| Pagaré será Iténado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Bogotá,D.C.,yo,   | Firma(s): *///  |   | Este  |
| Bogotá,D.C.,yo,  | pagaré será llenado por el acreedor de conformidad de la  | carta de instrucciones  |   |
| Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 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 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, 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 EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha  |   | ARE CON ESPACIOS EN BL  |   |
| identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 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 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, 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 EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha  |   |   | ,,,,  |
| C.C.: de   | NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABIL instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta pradscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institumoderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la py/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mon Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza: 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 ab | ISTITUTO DE REHABILITA con el No. INSTITUTO NACIONAL DE ITACION INFANTIL S.A.S c ioritaria y hospital día, servicios ución (bienes muebles e inmiermanencia en el CONSORC: /o EMMANUEL INSTITUTO  etarias. s prejudicial y judicial en caso de la salida del paciente ya cono a tal cuenta. | que en la fecha que en la fecha en DEMENCIAS EMANUEL conforme con las siguientes es prestados por los médicos uebles), copagos y cuotas IO CLINICA EMMNAUEL DE REHABILITACION Y |
| Firma responsable:   | C.C.: de Nombre   | iei paciente:   |   |
| Nombre del responsable: HEIDY Yohanna Cozmop, Gozman   | Firma responsable:  |   |   |
| C.C.: 35 536 236 de Facatativa   |   | rzmár   |   |
|  | C.C.: 35 536 236 de Faratati  | VCA   |   |

## Characterio Chinicae Enternatural Exercisis Institute Sactorial de Sa

## 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

| Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  |          |
|--|----------|
| Nombres: Heldy Gohanna Gozman Gozman   |          |
| Cedula de ciudadanía: <u>35 536 236</u>  |          |
| Estado Civil: Casada   |          |
| Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Kodro</u>   |          |
| Empresa empleadora: J 40 DISTYI DOICIONES de occidente SAS   |          |
| Dirección: Cra 5 # 4 B 24 Lucitaria Hadrid Condinamorca.   |          |
| Teléfono(s): <u> </u>  |          |
| Trabajador independiente (profesión u oficio):   |          |
| Dirección:   |          |
| Telefono(s):   |          |
| <ul> <li>REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:</li> <li>A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño col 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 concedera el insurantimiento.</li> </ul>  | mo       |
| tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño cor 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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que est  | de<br>no |
| <ul> <li>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 perio 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 mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registr públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.</li> </ul> | do       |
| La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 indicarmo cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.   | ۷        |
| La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada pa fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades pública competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelo matemáticos, conclusiones de ellas.  |          |
| Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entieno sus alcances y sus implicaciones.  | lo       |
| Nombres Heidy Yohanna Gozman Gozman  |          |
| C.C.: 35 536 236   |          |
| Firma: ferences  |          |