| Página | Actualización://                             |                |   |
|--------|--|----------------|---|
| Versic | Original: 29/06/2017                         | FR – THRL – 04 | Macross of |
| IZADOS | FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS | FORMATO PAGAR  | Charles   |

| /06/2017 Versión: 01   | tualización:// Página 1 de 2 |
|--|------------------------------|
| Original: 29<br>FR – THRL – 04   | Actualizació                 |
| MANAGE. THE PROPERTY OF THE PR |                              |
|  | Inde Draws PR – THRL – 04    |

do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO**: que somos deudores incondicionales de **CONSORCIO CLÍNICA 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 Por Nos partir 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 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 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 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, o SEGUNDO: que a 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 en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de del año autoridades monetarias: intereses de mora: a la máxima autorizada Adriand dia al tenedor de este pagare, el 122 plazo: gastos de comercio.

| ESCE              | ado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy |  | y/o                         | desoctos, dentificado(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 |
|-------------------|---|--|-----------------------------|--|
|                   | ue st   | 8  |                             | EL y/c   |
|                   | , q.  | LANC   |                             | NAUI   |
|                   | instrucciones   | ACIOS EN B   |                             | INICA EMMI<br>REHABILIT  |
|                   | qe  | I ESP  | 4                           | O CL   |
|                   | carta   | RE CON   | n' le                       | SORCI  |
|                   | la  | GAF  | P                           | SON<br>INS   |
|                   | de  | R PA   | A                           | s a (  |
|                   | conformidad   | CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO | WE Adrians Acevedo Ramisez. | ias, autorizamo<br>y/o EMMANI  |
|                   | de  | ONES   | A                           | s firm<br>A.S.,  |
|                   | acreedor,   | NSTRUCCIO  | drizm                       | e de nuestra<br><b>1ANUEL S.</b> ,   |
|                   | <u>o</u>  | )E II  | X                           | Sel  |
|                   | pod   | STA E  | Ž.                          | NCIA:  |
|                   | llenado   | CA CA  |                             | como apa<br>E DEMEI  |
|                   | será  |  | .C.,yo,                     | do(s) (  |
| J. (c) pi i i i c | pagaré será llen  |  | Bogotá, D.C., yo, ∧         | Nosotros, _<br>identificado<br><b>NACIONA</b>  |

hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLÍNICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS, del paciente x おかる かんけんとかいてき do かんじん daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), paciente X 1.El valor del capital será la suma total que por HABILITACION INFANTILS.A.S; del quien ingreso con fecha adscritos a la institución, medicamentos,

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

Así mismo me (nos) obligo (obligamos)

Intereses de plazo:

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

| Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranza  | 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 | o de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es  |
| cancelada en su totalidad, por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.                                    | bono a tal cuenta.   |
|   | Nombre del paciente:   |
| c.c.: 51682034, dede  |  |
| Firma responsable: ^ /#Afre   |  |
| Nombre del responsable: X   |  |
| C.C.:   |  |

| Página 2 de 2 | Actualización://                             |                |                            |  |
|---------------|--|----------------|----------------------------|--|
| Versión: 01   | Original: 29/06/2017                         | FR – THRL – 04 | MANUEL Inde Pennocus       |  |
| IZADOS        | FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS | FORMATO PAGARI | Consuces Consuces Entitles |  |

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

| Nombres 1 Luz Adriana Frenedo C<br>C.C.: 1 51682034   |
|---|
| Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula  y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo<br>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.  |
| <ul> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>   |
| 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 <b>SUPERFINANCIERA</b> 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.  |
| <ul> <li>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.</li> <li>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 mis decempaño como tal forma que éstas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mis decempaño como tal forma que éstas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mis decempaño como tal forma que éstas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mis decempaño como tal forma que éstas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mis decempaño como tal formación y en como como como como como como como com</li></ul> |
| ĕ ¥ ≏   |
| Telefono(s):  |
| Trabajador independiente (profesión u oficio):<br>Dirección:  |
| Teléfono(s): 31023776217 3112303070   |
| mpleadora: $\mathcal{H}/\mathcal{K}$  |
| calida  |
| Cedula de ciudadanía: 51682034 de BOPOTE.   |
| Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:<br>Nombres: <u>しいそ 用dvianz、用Cevedo                                   </u>   |

Firma: