## Environ Elinica Environiuel

Edward

inde

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

YO/HOSOTrost \ \YXxxx\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	PAGARE No.	1826 8	
Yo/nosotros: Taquelik Lajardo Dog.	y/o		identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramo	s: <b>PRIMERO:</b> que somo	os deudores incon	dicionales de
CONSURCIO CLINICA EMMNAUEL V/O AI INSTITUTO NACION	AL DE DEMENCIAS FMA	NUFL S.A.S. V/O.	EMMANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL	<b>5.A.S</b> en adelante simplem	ente el acreedor, po	or la cantidad
de:			
Por capital:			
Por intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades mone	tarias:		Por
otros gastos:			Moc
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de	Bogotá D.C., en la Carrera	22 no. 142-63, o er	su orden, o
al tenedor de este pagare, el díadede	del año	SEGUI	NDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gaste	os pagaremos intereses m	oratorios a la tasa	de mávima
autorizada por las autoridades monetarias, TERCERO: que en caso	le cobro judicial o extra i	idicial de este naci	aro corán do
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasioner	así como el valor del imp	udiciai de este payi	hav lugar de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial	sobre los intereses none	lientes, debides ser	nay lugar de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para	a mora Olinto los hor	inerites, debidos cor	i un ano de
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un	20% sobre el valor de la	obligación más su	, en caso de
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pa	2070 Sobie el Valor de la	obligación más su:	s accesorios.
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO	CITATOA ESABAMATATE	racultando para pag	arios por mi
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	DE DELIADILITACION	o al instituto	NACIONAL
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a part	be Renabilitation	A HABILLIACION	INFANTIL
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	e nemos impartido para ta	i erecto, de confori	nidad con lo
dispuesto en el alticulo 622, inciso 2 del codigo de comercio.			
Firma(s):			Ecto
Firma(s):	la carta de instruccio	noc guo co cu	CS(E
To an action to the conformation de	id carea de mistraccio	nes, que se si	iscribe floy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PA	***	N BLANCO	
Bogotá,D.C.,yo,			
- 3		<u> </u>	v/o
Nosotros,	./		y/o
Nosotros,	ONSORCIO CLINICA EN	MNAUEL v/o al 1	NSTITUTO
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI	MNAUEL y/o al I	NSTITUTO
Nosotros,	ONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI quido con el No.	MNAUEL y/o al 1 LITACION Y HAB	NSTITUTO
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI guido con el No CIO v/o al INSTITUTO	MNAUEL y/o al 1 LITACION Y HAB NACIONAL DE D	NSTITUTO ILITACION _ que en la
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI guido con el No CIO v/o al INSTITUTO	MNAUEL y/o al 1 LITACION Y HAB NACIONAL DE D	NSTITUTO ILITACION _ que en la
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI guido con el No CIO v/o al INSTITUTO	MNAUEL y/o al 1 LITACION Y HAB NACIONAL DE D	NSTITUTO ILITACION _ que en la
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI guido con el No CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S CO	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABI guido con el No	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS enforme con
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABII guido con el No	MMAUEL y/o al I LITACION Y HAB.  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN ENSTITUTO DE REHABII guido con el No	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co  día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los . copagos y
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN ENSTITUTO DE REHABI guido con el No	MNAUEL y/o al 1 LITACION Y HAB: NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S;	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS informe con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN ENSTITUTO DE REHABI guido con el No	MNAUEL y/o al 1 LITACION Y HAB: NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS informe con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distin fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION as siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consemédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados acuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concemMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS INCURRENCIAS INCU	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S;	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS informe con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distin fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION seciente por hospitalización, consendadores instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consendedicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados acuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concendemanuel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS INCURSIDADE DE DEMENCIAS INCURSIDADES DE DEMENCIAS DE DEMENCIAS INCURSIDADES DE DEMENCIAS DE DEMENC	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muepto de la permanencia es EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S;	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS informe con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distin fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION sacientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consemédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados acuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concementa y demás gastos que se haya incurrido por concementa y al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS INCURRIDAD SE LA CONTROL DE	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No	MMNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso coi	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS enforme con dos por los . copagos y D CLINICA ITUTO DE del n fecha
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN ENSTITUTO DE REHABILI guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muetro de la permanencia es EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien netarias.	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co  día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso con  caso de que hava	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS enforme con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del n fecha
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muesto de la permanencia e EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien entarias.  Zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la biene en institución (bienes muesto de la permanencia en	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co  día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso con  caso de que hava	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS enforme con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del n fecha
Nosotros,	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muesto de la permanencia e EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien entarias.  Zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la biene en institución (bienes muesto de la permanencia en	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co  día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso con  caso de que hava	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS enforme con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del n fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S. para ilenar los espacios en blanco del pagare distinato de la pagare será la suma total que por hospitalización, consideradores y demás gastos que se haya incurrido por conceptamentos a la institución, medicamentos, daños ocasionados excuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conceptamento de la institución nacional de demencias de la semanta de la maxima tasa permitida por las autoridades modes mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranta de la pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momenta cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho a concepta de la pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momenta de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho a cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho a cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho a cancelada en su totalidad.	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABII guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muepto de la permanencia es EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien quien retarias. zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente bono a tal cuenta.	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso coi caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los , copagos y O CLINICA ITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S. para ilenar los espacios en blanco del pagare distinatore de como de como de pagare distinatore de como del pagare distinatore de como del pagare distinatore de como del capital será la suma total que por hospitalización, consideradores y demás gastos que se haya incurrido por conceptamentos adacritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados excuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conceptamento y demás gastos que se haya incurrido por conceptamento y demás gastos que se haya incurrido por conceptamento y habilitación paciente. Desperance de como de c	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABILI guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muesto de la permanencia e EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien entarias.  Zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la salida del paciente en institución (bienes muesto de la biene en institución (bienes muesto de la permanencia en	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co  día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso con  caso de que hava	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS enforme con dos por los . copagos y O CLINICA ITUTO DE del n fecha
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S. para ilenar los espacios en blanco del pagare distinato de como de como de pagare distinato de como	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABII guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muepto de la permanencia es EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien quien retarias. zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente bono a tal cuenta.	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso coi caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los , copagos y O CLINICA ITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S. para ilenar los espacios en blanco del pagare distinato de como de como de como de pagare distinato de como	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABII guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muepto de la permanencia es EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien quien retarias. zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente bono a tal cuenta.	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso coi caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los , copagos y O CLINICA ITUTO DE
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a con NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S. para ilenar los espacios en blanco del pagare distinato de como de como de pagare distinato de como de c	CONSORCIO CLINICA EN INSTITUTO DE REHABII guido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION I sulta prioritaria y hospital de la institución (bienes muepto de la permanencia es EMANUEL S.A.S., y/o IN INFAN quien quien retarias. zas prejudicial y judicial en to de la salida del paciente bono a tal cuenta.	MNAUEL y/o al I LITACION Y HAB:  NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S co día, servicios presta ebles e inmuebles) n el CONSORCIO EMMANUEL INST TILS.A.S; ingreso coi caso de que haya le e ya nombrado la co	NSTITUTO ILITACION _ que en la EMENCIAS onforme con dos por los , copagos y O CLINICA ITUTO DE



FORMATO PAGARE PARA	<b>PACIENTES</b>	HOSPITALIZADOS

Original: 29/06/2017

Versión: 01

FR - THRL - 04

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: Sagueline Layorto P.
Cedula de ciudadanía: 53 036 790
Estado Civil: 50/Jeva.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: Inner consolting.
Dirección: Cl 119 4 # 70 9 - 91
Teléfono(s): 1175755
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
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 mís deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
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 Tagreline fajordo Dea.  C.C.: 53 036 790
C.C.: 53 036 790
Jayalik f.