A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
A LANGE OF THE PROPERTY OF THE	FR - THR! - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No. 1445 B
Yo/nosotros: Lis Anique Comers Allon y/o identifica
as) firma(s), declara
CLINICA EMMNAUEL y/o ai 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
Capital:Por
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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
al tenedor de este pagare, el día de de SEGUNDO: que a
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
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 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.

Este hoy	0//	ACION 3 fecha (NUEL	nédicos cuotas NAUEL ION Y	ello. El no es
de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy		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.	será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos ución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas ás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y CONCORDADA DE CARABILITACION DE CARABILITACION DE CARABILITACION DE CARABILITACION DE CARABILITACION DE CARABILITACION DE CARABI	ra a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es silidad, o por el saldo en caso de que se hava hecho abono a tal cuenta.
Se		Y H/Y H/Y H/Y H/Y H/Y H/Y	dos propressiones propressione	haya sdo la
dne	ANCO	CION CION DEMI	is presta Lo CLI DE RE	de que
iones,	EN BL/	EMMNA ILITA IAL DE S.A.S C	ervicios e inmusica inconstructos inconstruc	n caso (
nstrucc	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	NICA I	al día, s uebles al CON INSTI	dicial er pacier
ge j	ESP/	DE DE TO N	nospit nes m a en e	al y ju da del
arta	SARE CON	ORCIC TUTO el No. STITU CION	aria y h n (bier anencia	ias. ejudicia la salid e tal c
<u>a</u>	SARE	ONSI NSTI O CON SI IN	prioriti ttución permi	as pre
ge	R PA(S a C JEL I JEL I Nguid Y/o a	sulta par instination of the land	es mo branz mentu
y/o dad	ENA	MANI MANI e disti	s a la lepto (epto (oridada las co al mo
y/o por el acreedor, de conformidad	Comer	autor o EMI pagar NSOF	zación onado r conc IANUI	is auto os de es, si
8	ES PA	mas, y/co del	spitali ocasi do po NS EN	por la s gast ccione
de,	INOI:	S.A.S S.A.S blanc NAUE	or hosi laños c ncurrida inclasi	nitida yar log instru caso o
eedor	CARTA DE INSTRUCCION	ues UEL os en EMMI	al que po entos, d e haya ir E DEME ; del p	a perm a pag
acr	INST [4]	MAN Spaci ICA	total (a tase Imos) con e
آ <u>ه</u>	DE 1	AS E P P P P P P P P P P P P P P P P P P	suma nedica ss que NNAL	náxim obliga erdo por e
8.	NRTA ₹	Sarece SNCI SINCI SIEDA Ge de C	á la s ón, π gasto ACIC	i la m ligo (e acu ad, o
llenado		como ag E DEMI S para a favor IMANU	ipital sei institucio demás 'UTO N 'N INF	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 prejudagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la suancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tr
será será).C.,yo,	ado(s) and DI NAL DI NA	r del ca s a la dores y INSTITI TACIO	eses de eses de no me (será lle ta en su
3Firma(s):_ pagaré se	Bogotá, D.C., yo,	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. Gue 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 de la	 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 juc pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:

g

Jens Friday

Firma paciente:

C.C.:

Firma responsable:

Nombre del responsable:

C.C.:

(30x0ca

Con. L

A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	Tricing inde Dringer FR -	tonacca times Emissione
Actualización://	FR - THRL - 04 Original: 29/06/2017	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
Página 2 de 2	Versión: 01	TALIZADOS

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

a autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada a eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificacia a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarm Jando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición. a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada pa nes diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicompetentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modela latemáticos, conclusiones de ellas. eclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entienca salcances y sus implicaciones.	 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 superanta a información indicada en las 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. 	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:
	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 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	. 25 8540 2842