## Englishing

1 3 Last To

nde paradi

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - TH8L - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

and the state of the state of the state of	PAGARE No.	1837 8	
Yolnosotrosa GUSTavo Farfan Chavistad y	/o	$\overline{}$	Identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PR	IMERO: que somos	deudores incon	dicionales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE	DEMENCIAS EMAN	IJEL S.A.S., v/o	EMMANISEI.
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S	en adelante simpleme	nte el acreedor, n	or la cantidad
de:		, ,	
Por capital:	•	<del></del>	
Por Intereses de plazo:		-	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monotarias:	<del></del> -		Por
otros gastos:		•	Nas
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota	á D.C., en la Carrera 2	22 no. 142-63, o e	n su orden, o
al tenedor de este pagare, el díadede	del año	SEGU	NDO: que a
partir de esta focha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pag	aremos intereses mo	ratorios a la tas:	de máxima
autorizada por las autoridades monetarlas. TERCERO: que en caso de cob	ro (udicial o extra iu	dicial de este pao	are serán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así co	omo el valor del Impu	esto de timbre, si	hav lugar de
el. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre	e los intereses pendi	entes, debidos co	n un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora	a. OUINTO: fos hono	rarios de abogada	o, en caso de
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% :	sobre el valor de la	obligación más su	s accesorios.
<ul> <li>SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, o</li> </ul>	juedado al acreedor f	acultando para pa	garlos por mil
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llegado por CONSORCIO CLINI	ICA EMMNAUEL y/	o al INSTITUTO	NACIONAL
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE R	REHABILITACION Y	HABILITACION	INFANTIL
<ul> <li>S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte homo</li> </ul>	os impartido para tal	efecto, de confor-	midad con le
dispuesto en el articulo 622, inciso 2 del código de comercio.	•		
Fluid (a)			
Rtma(s):			Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la ca	arta de instruccion	ies, que se si	uscribe hoy
	· · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE	CON ESPACTOS EM	REANCO	
		DESIRE OF	
8ogotá, D.C., yo,	<u></u>	<u> </u>	у/о
Nosotros,		<u> </u>	
			TRICTYTHITA
identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSO	DRCIO CLINICA EM	MNAUEL Y/o ai	THASILLOID
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTIT	TUTO DE REHABIL	ITACION Y HAR	ILITACION
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI- INFANTIL S.A.S para illenar los espacios en bienco del pagare distinguido e	TUTO DE REHABIL con el No.	ITACION Y HAB	ILITACIÓN que en la
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para fichar los espacios en bianco del pagare distinguido - fecha hemos suscrito a favor deCLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y,	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I	TACION Y HAR	que en la EMENCIAS
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido e fecha hemos suscrito a favor de . CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I	TACION Y HAR	que en la EMENCIAS
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distinguido e fecha hemos suscrito a favor de .CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:	TUTO DE REHABIL con e! No /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN	ITACION Y HAE NACIONAL DE D NFANTIL S.A.S C	ILITACION que en la EMENCIAS onforme con
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido e fecha hemos suscrito a favor de .CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p	TUTO DE REHABIL con e! No /o al INSTITUTO I / HABILITACION In	VACIONAL DE D VACIONAL DE D VFANTIL S.A.S o	que en la emencias onforme con la emencias onforme con la emencia emen
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distinguido e fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la in-	TUTO DE REHABIL con e! No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION II rioritaria y hospital d stitución (blenes mue	NACIONAL DE D NACIONAL D NA	que en la que en la DEMENCIAS Onformo con ados por los la copagos y
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI- INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en bianco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instruccionos:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la incuosas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de	TUTO DE REHABIL  con el No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION I  rioritaria y hospital d  stitución (bienes mue  le la permanencia er	NACIONAL DE D NACIONAL D NACIONA	TEITACIÓN que en la DEMENCIAS Onforme con ados por los b, copagos y O CLINICA
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en bianco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIONAL DE DEME	TUTO DE REHABIL  con e! No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION II  rioritaria y hospital d  stitución (blenes mue le la permanencia er  UEL S.A.S., y/o E	NACIONAL DE D NACIONAL D NACIONA	que en la pemencias penforme con ados por los to copagos y O CLINICA
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTE- INFANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distinguido e fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y, EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la in- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto d EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANU REHABILITACION	TUTO DE REHABIL  con e! No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION II  riontaria y hospital d  stitución (blenes mue le la permanencia er  UEL S.A.S., y/o E  INFANT	NACIONAL DE INFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmueblos of CONSORCI MMANUEL INSTITLS.A.S;	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA del
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilenar los espacios en bianco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, medicamentes, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION  Paciente. A NICOLA SCHAMILIA CARTAN PARA	TUTO DE REHABIL  con e! No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION II  rioritaria y hospital d  stitución (blenes mue le la permanencia er  UEL S.A.S., y/o E	NACIONAL DE D NACIONAL D NACIONA	TELTACION  que en la  DEMENCTAS  Onforme con  ados por los  t, copagos y  O CLINICA  TIUTO DE  dei
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en bianco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION  Paciente A // Cola Sahatian fortan Qui	TUTO DE REHABIL  con e! No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION II  riontaria y hospital d  stitución (blenes mue le la permanencia er  UEL S.A.S., y/o E  INFANT	NACIONAL DE INFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmueblos of CONSORCI MMANUEL INSTITLS.A.S;	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA del
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en bianco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta predicos adscritos a la institución, medicamentes, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION  Paciente A // Cola Sahatian fartar Qui Intereses de plazo:	TUTO DE REHABIL con e! No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION II rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / 스 M O Quien	NACIONAL DE INFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmueblos of CONSORCI MMANUEL INSTITLS.A.S;	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA del
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de .CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la incucias moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto d EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION Y HABILITACION paciente A VICOIS SANTIAN FARTAN QUE LA COISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL MABILITACION PACIENTE A COISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL DE COISTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL DE COISTITUTO NACIONAL DE COI	TUTO DE REHABIL  con e! No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION II  rioritaria y hospital d  stitución (bienes mue le la permanencia er  UEL S.A.S., y/o E  INFANT  / 스 n o quien	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of the servicios prestables e inmuebles of CONSORCI MMANUEL INSTITUS.A.S; ingreso co	que en la pemenctas onforme con ados por los copagos y O CLINICA ITUTO DE dei n fecha
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la inscuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente A MICOLA SANTIAN CARTAN QUE LA COLA SANTIAN CARTAN CARTA	TUTO DE REHABIL  con e! No.  /o al INSTITUTO I  / HABILITACION II  rioritaria y hospital d  stitución (blenes mue le la permanencia er  UEL S.A.S., y/o E  INFANT  / 스 시 o  quien  as.  ejudicial y judicial en	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of fa, servicios prestebles e inmueblos e incueblos	que en la pemenctas conforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello.
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en bianco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la incucios moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION  Paciente An Nicola Subatriale Cartai Puri Intereses de plazo:  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetaria Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas pre El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si at momento de la pagar será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si at momento de la capital de la cap	TUTO DE REHABIL con e! No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / d rl o quien as. ejudicial y judicial en la salida del paciente	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of fa, servicios prestebles e inmueblos e incueblos	que en la pemenctas conforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello.
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la inscuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente A MICOLA SANTIAN CARTAN QUE LA COLA SANTIAN CARTAN CARTA	TUTO DE REHABIL con e! No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / d rl o quien as. ejudicial y judicial en la salida del paciente	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of fa, servicios prestebles e inmueblos e incueblos	que en la pemenctas conforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello.
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la incucios moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION  paciente A Macional De Cartan Para Habilitacion paciente A Macional Servicio de la color de la máxima tasa permitida por las autoridades monetaria Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas pro El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION In rioritaria y hospital d stitución (bienes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / d n o quien as. ejudicial y judicial en la salida del paciente a tal cuenta.	ITACION Y HAR NACIONAL DE D IFANTIL S.A.S of la, servicios prest bles e inmueblos del CONSORCI MMANUEL INST TILS.A.S; ingreso co	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello. Luenta no es
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la incucios moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION y HABILITACION paciente An Accional y HABILITACION paciente An Accional Suma de Concepto de Concesso de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetaria Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas pro El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si at momento de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a	TUTO DE REHABIL con e! No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / d rl o quien as. ejudicial y judicial en la salida del paciente	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of fa, servicios prestebles e inmueblos e incueblos	que en la pemenctas conforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello.
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta primédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIA REHABILITACION  Paciente An Al Cola Sanda III de Cartan Del La Intereses de plazo:  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetaria. Así mismo me (nos) obtigo (obtigamos) a pagar los gastos de las cobranzas pri El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a Firma paciente:	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / 르 /	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inconsorci MMANUEL INSTITUS.A.S; ingreso consorci de inmuebles e inconsorci de incon	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello. Luenta no es
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta primédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIA REHABILITACION  Paciente An Al Cola Sanda III de Cartan Del La Intereses de plazo:  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetaria. Así mismo me (nos) obtigo (obtigamos) a pagar los gastos de las cobranzas pri El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a Firma paciente:	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / 르 /	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inconsorci MMANUEL INSTITUS.A.S; ingreso consorci de inmuebles e inconsorci de incon	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello. Luenta no es
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilenar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta primédicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la incuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIA REHABILITACION  Paciente An Al Cola Sanda III de Cartan Del La Intereses de plazo:  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetaria. Así mismo me (nos) obtigo (obtigamos) a pagar los gastos de las cobranzas pri El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a Firma paciente:	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / 르 /	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inconsorci MMANUEL INSTITUS.A.S; ingreso consorci de inmuebles e inconsorci de incon	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello. Luenta no es
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTANTIL S.A.S para ilcnar los espacios en blanco del pagare distinguido fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y. EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta p médicos adscritos a la institución, modicamentos, daños ocasionados a la incuctas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION  paciente An Accordante Sumbar de Control de Concepto	TUTO DE REHABIL con el No. /o al INSTITUTO I / HABILITACION IN rioritaria y hospital d stitución (blenes mue le la permanencia er UEL S.A.S., y/o E INFANT / 르 /	NACIONAL DE ENFANTIL S.A.S of a, servicios preste e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inmuebles e inconsorci MMANUEL INSTITUS.A.S; ingreso consorci de inmuebles e inconsorci de incon	que en la pemencias onforme con ados por los copagos y O CLINICA TITUTO DE dei en fecha lugar a ello. Luenta no es

## Estatiai Independent

FR -- THRL -- 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: 601tavo Farton Chavisted
Cedula de cludadania: 49 3/4 364
Estado Civil: CASA do
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $P \ge c \lor c$
Empresa empleadora;
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador Independiente (profesión u oficio):
Dirección: C1/4 55 Nx 76-55 Anillo 16 2pt. 301
Tetefono(s): 3/3 8 7 1 2 0 4 1 / 32 0 3 4 8 1 6 5 1
Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica 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:
<ul> <li>A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de ricsgo 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</li> </ul>
sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones <u>crediticlas</u> , o de mis deberos 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. Conserver, 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 8. y E. de esta ciáusula.
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 mesos anteriores de mi petición.
La autorización anterior no pormite 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 60) tevo Farton Chavisted
c.c.: 79314769