| FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZA Original: 29/06/2017 FR - THRL - 04 Actualización:/ | FORMATO PAGARE PARA PACIENTE Inde Importante FR – THRL – 04 Actualización:/ | S HOSPITALIZADO | 17 Ver | / Pági |
|--|--|-------------------|--------------------|-----------------|
| FORMATO PAGA FR - THRL - 04 | TACE Improves | ire para paciente | Original: 29/06/20 | Actualización:/ |
| | and the property of the proper | FORMATO PAGA | FD - 14401 - 02 | 1000 |

| TALIZADOS | Versión: 0: | Página 1 de |
|--|--|-----------------|
| FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS | Original: 29/06/2017 | Actualización:/ |
| | SO - IGHT - GE | |
| 0 | opinal C | |
| U | Epinon Epinon Committee Co | |

N

PAGARE No.

40(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), deciaramos: Primero: que somos deudores incondicionaies de Consorcio CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE NEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. en anciente cimpana. S Por Sos no. 142-63, o en su orden, o SEGUNDO: que a 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 arregio 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 pagarios 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 artir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada or las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los en documento a parte hemos impartido para tai efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artícuio 622, inciso 2 del código de TOURS 4 Carrera del año obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota D.C. monetarias; las autoridades bod ntereses de mora: a la máxima autorizada ARUCELLY al tenedor de este pagare, el día plazo: 읭 ntereses omercio. capital:

Este 8 due CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO instrucciones, 8 carta Ŋ de y/o de conformidad AE: acreedor, T bod **llenado** ogotá, D.C. yo, será Firma(s): pagaré Nosotros,

Y HABILITACION Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL 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.

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 incumido 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 Y quien ingreso con fecha

Interesses de plazos

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 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

| Firms pacients: | Nombre de la sociente : |
|------------------------------------|-------------------------|
| C.C.: | |
| Firms responsable: A PU Coll CO.+O | |
| Nombre del responsable: かいんし マストの | |
| | \$ 500 S |
| | |

Tital a 3 nde benerus FR - THRL - 04 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/-Original: 29/06/2017

Página 2 de 2

Versión: 01

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

| Firma: AWCRIM YOLF. |
|--|
| 0 5 |
| 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. |
| 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 sodoeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. |
| deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo futuro de concederme un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. |
| |
| |
| Teléfono(s): 313491 1947 Trabajador independiente (profesión u oficio): Orros de Casa. |
| Empresa empleadora: Dirección: Punifila (Lan 130x/0 Sonto DalVoyo), |
| calidad en la qu |
| - Ω |
| Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Arvicelly 낙어는 |