## <del>o</del> Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Página 1 Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

 $\sim$ 

1	PAGARE No.	
YO/nosotros: Shalled So 1 Micon Ko Hald 1	No Alexandra Juto 1200	3
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionales de <b>CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. v/o</b>	MERO: que somos deudores incor DE DEMENCIAS EMANUEL	ndicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	TIL S.A.S en adelante simplement	e el acreedor,
por la cantidad de:		Por
-	and the second s	Por
intereses de plazo:		Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	The state of the s	Por
otros gastos:		Nos
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,	.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o	en su orden,
o al tenedor de este pagare, el díade	del año	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	emos intereses moratorios a la tas	sa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	udicial o extra judicial de este pag	Jare 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	no 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	lpha intereses pendientes, debidos $lpha$	on un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	QUINTO: los honorarios de abog	ado, 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.	vre el valor de la obligación más su	is accesorios.
SEXTO: que seran de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	edado al acreedor facultando para	pagarlos por
IIII CUENTA SI TUEVE NECESARIO. ESte pagare sera llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	CLINICA EMMNAUEL y/o al	INSTITUTO
INSTITUTO DE DEMENÇIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	O DE REHABILITACION Y HAB	ILITACION
INFAINILE S.A.5 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	a parte hemos impartido para ta	al efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.		

hoy 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 Agamano de quien 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 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 suscribe distinguido Se instrucciones, que CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO pagare SK12H del blanco ge Sammer carta eu HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: de la espacios conformidad 1250 ٥// los llenar Sign qe acreedor, para 2/2 S.A.S <u>a</u> Ü llenado por INFANTIL 12/2 será HABILITACION Bogotá, D.C., yo,\_ pagaré Firma(s):

Nombre del paciente: 82143 SOC Q 101161 B de S Roser Cela 166 22016 Nombre del responsable: Firma responsable: Firma paciente: .; .; C.C.

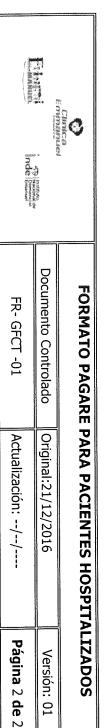
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta

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

Intereses de plazo:

ingreso con fecha

es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.



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

Firma: Cen Bu Buscecco &.	CC: 41676542	Nombres and Res Common to Heir S	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo 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.	Dirección:  Teléfono(s):  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como obre el información de patrimento, se hibiere, de mis obligaciones creditidas, o de mis deberes una información patrimonial de tai forma que éstas presenten una información vertado se patrimonial de tai formación de tai formación de sobre el incumplimiento, se hibiere, de mis obligaciones creditidas, o de mis deberes la superprivado patrimonial de tai formación mencionada a las centrales de información vertados patrimonial de tai formación mencionada a las centrales de l'associatores patrimonial de superprivado como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones creditidas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tai forma que éstas presenten una información verza, pertinente, completa actualizada y exacta de mis desempeño como obbre el incumplimiento, se hubiere, de mis relaciones 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 de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones y durante el periodo como como sobre el manera directa y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten
			ón por la cual entiendo	formación mencionada arte de las autoridades estadísticas y derivar,	ormación suministrada esacuerdo, a exigir su de información de la s seis meses anteriores	anuel S.A.S., y/o n el futuro el acreedor umplimento oportuno legales de contenido alizada y exacta de mi tener una información por intermedio de la ntrol, con el fin de que s y durante el periodo láusula, como otros atenuantes ado o que consten en

Firma:

Triscello