### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Actualización: 8 FR - THRL 0

de 2 Página 1

12648

PAGARE No.

Versión: 01

do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), deciaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITÀCION Y MABILITÀCION Y NABILITÀCION Y NABILITÀCION Y NABILITÀCION Y NABILITÀCION DE LA CANDADA DE LA REHABILITÀCION Y NABILITÀCION DE LA CANDADA DE LA REHABILITÀCION DE LA CANDADA DE LA REHABILITÀCION DE LA CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DE LA CANDADA DEL CANDADA DE LA CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DELA CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CANDADA DEL CAN identifica 0/2

20 200 20 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 Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o 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 impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesarlo. 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 prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesonos. SEXTO: que serán de nuestro cargo los en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el antículo 622, inciso 2 del código de del año en la obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota D.C., intereses de mora: a la máxima autonzada por las autoridades monetanas; dia, al tenedor de este pagare, el de plazo: capital: intereses comercio.

Este suscribe 8 que instrucciones, g Carta ro 8 y/o conformidad 9 acreedor, O ö llenado Sera Firma(s): pagaré

## Carta de instrucciones para llenar pagare con espacios en blanco

Rogotta, D.C., yo,

do(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL y/o al INSTITUTO IAL 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 PEHABITI TTACTON Y HABITITACTON INFANTIL S.A.S. conforme con las siguientes instrucciones: NACIONAL

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 EMMINALIEI. Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S., del paciente servicios prestados por los médicos hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, El valor del capital será la suma total que por

quien ingreso con fecha

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

Así mismo me (nos) obliga nos) 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 cancelada en su totalidad, o por el sardo en caso de que se haya hecho a tal cuenta.

Nombre del paciente: 0 GUMENRZ 용 8 gene Nombre del responsable: Jan ma responsable: na paciente:

#### TO STATE OF THE PARTY OF THE PA 3 Democras FR - THRL - 04

### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Original: 29/06/2017

### Actualización: -/-/---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: Youth G
CC: 51 48 2 C +0
Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.  Nombres Vocas de la 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.
<ul> <li>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 ciáusula.</li> <li>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.</li> </ul>
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 vigilanda y control, con el fin de que estas procedan tratada characteria y logo complicada o distribución de distribución de vigilanda y control, con el fin de que estas procedan tratada characteria y logo complicada o distribución.
<ul> <li>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.</li> <li>B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como</li> </ul>
Telefono(s):
Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s): 3(2587)(95.
Dirección: Calle 34 Bis # 86 6 - 26.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
8
ciudadanía: SI 98
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: