>	FORMATO PAGARE PARA PACII	RE PARA PACII
E-may be a second		
See ope	20 CO F	Original: 29/0
	באר ווער ו	Actualización

Operation			
Constant Con	SQ I I I I I	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: -//	Página 1 de 2
Corlor Hansey	A 30	PAGARE No.	1344 B
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: 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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por	as) firma(s), declaramos: PRIN UTO NACIONAL DE DEMEN ON INFANTIL S.A.S en a	y/o	identifica  nales de CONSORCIO  NUEL INSTITUTO DE  por la cantidad de:  Por la cantidad de:
capital:			Por
intereses de piazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: otros gastos:	zada por las autoridades mon	etarias:	Por
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 SEGUNDO: que a	o al acreedor en sus oficinas d de	e Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 14 del año	42-63, 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 cardo los	aciones insultas y los gastos pa RO: que en caso de cobro judi	ha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de puestra carga los	a de máxima autorizada án de nuestro cardo 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 antenioridad o más, pagaremos	se ocasionen, así como el valor dicial, sobre los intereses pendi	por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de tímbre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir pectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de antenoridad o más, pagaremos	de él. CUARTO: a partir idad o más, pagaremos
preference are maxima cosa rigada para la mora. <b>Com los</b> nonoranos 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. <b>SEXTO:</b> que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor familiando para pagarlos por milicipate el fuero popositio de pagará.	mora. <b>Com o :</b> los nonorano obre el valor de la obligación r dado al acreedor facultando par	is de abogado, en caso de arregio direcimás sus accesorios. SEXTO: que será	cto o de pago a la etapa án de nuestro cargo los
Henada 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	MMNAUEL y/o al INSTITULITACION Y HABILITACION	ORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o ITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	EMANUEL S.A.S., y/o
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	para tal efecto, de conformid	ad con lo dispuesto en el artículo 622	, inciso 2 del código de

מווצות	9 00	ū	9	COLLOUINGE	ט	acreedor,	Ū	Ž.	neugoo	
										מיוויים אל מיוויים

. y/o al INSTITUTO N 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 Adentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmes, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION instrucciones:

Bogotá, D.C., yo,

•

- 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 innuebles), 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 quien ingreso con fecha-
  - 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 judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare será llenado de acuerdó con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es cancelada en su totalidad, por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

JOSN SOP ARACT X Nombre de paciente: NY 2000 PM 용 de 1 - Jani Ja. Nombre del responsable: Firma paciente: 77 Firma resportsable:

+

Circulature Christians	Página 2 de 2	Actualización://			
Character (A)	Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR - THRL - 04	nde laura	National Parket
				MANCH MANCH	ETHI

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

Cedula de ciudadenia: 3/000/03  Estado Civil: 6/00/06  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 5/00/06  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 5/00/06  Empresa empleadora: 1/000/06/06  Empresa empleadora: 1/000/06/06/06/06/06/06/06/06/06/06/06/06	Emprese empleadors: Les Services de l'especia de les Services de l'especia de l'e
Cedula de ciudadanía: 3/00000 3  Estado ONI: 00000 400000 40000 40000 40000 40000 40000 40000 40000 40000 40000 40000 40	Empresa empleadora: Hespiria de Serio Acides de Participa de Serio Acides de Participa de Información el Información u oficio): Técno Acides de Participa de Serio Acides de Participa de Serio Acides de Participa de Serio Acides de Participa de Participa de Serio Acides de Participa de Participa de Participa de Serio que la Información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expresa e irrevocable a al CONSOR CLINICA EMMANUEL LY o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el croedor del crédito solicitado, para:  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño co deudor, mi capacidad de pago o para valorar el resgo futuro de concederme un redelto.  B. Reportar la se centrales de información verza, pertinente, completa acualizada y exacta de mi desempeño co deudor, mi capacidad de pago o para valorar el resgo tente intactos o sin tratar, tento sobre el cumplimento oportuno co sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonia la forma que estas presenten una información verza, pertinente, completa acualizada y exacta de mi desempeño co deudor, mi capacidad de pago o para valorar el resgo detos tratados o sin tratar, tento sobre el cumplimento oportuno co sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonia de los desempeño con el se deberes legales de contenido patrimonia de certa de mi desempeño con las deberes de mismos de para conocer ma diches centrales.  C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el peri necesario señado en sus reglamentos ia información indicada en los interales b. E. de esta clásusia.  E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuante
Estado Civil: COSCOLO  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Pad/C  Empresa empleadora: Se posibilitad en la que actúa, si no es el paciente: Pad/C  Empresa empleadora: Se posibilitad en la que actúa, si no es el paciente: Pad/C  Empresa empleadora: Se posibilitad en la que actúa, si no es el paciente: Pad/C  Empresa empleadora: Se posibilitad en la que actúa, si no es el paciente: Pad/C  Empresa empleadora: Se posibilitad en la que actúa, si no es el paciente: Pad/C  Empresa empleadora: Se posibilitado es verídica y doy mi consentimiento de expresa a irrevocable a al CONSORC CLINICA EMMANUEL 1/6 a información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expresa a irrevocable a al CONSORC CLINICA EMMANUEL 1/6 a información que he (mos) suministrado es verídica en el futuro el acrecedor del crédito solicitado, para:  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño co deutor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño co deutor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo todas, tratados o sin tralar, antro sobre el cumplimento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial tal forma que estas presenten una información verza, pertinente, completa actualizada y vacada de mi desempeño co deutor después de haber curazió y processod otiversos alatos útiles para otrere una información spinificabra.  C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de SUPERTINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que es puesan trairia, alazificaria y luego suministrada e dichas centrales.  D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el perío necesario señado en sus reajores mi desempeño co dicumentos públicos, basa en el información el	Empresa empleadora: Hospital Albanda (1907) Albanda
Estado Civil: COSO CO  Estado Civil: COSO CO  Empresa empleadora: LOSD TO Se el paciente: PACTO  Empresa empleadora: LOSD TO SE ENCIDENCE  Empresa empleadora: LOSD EMPROCEAS ENANUELL. S.A.S. y Jo EM	Dirección: 603 4 40 500 CONSOR TECENOS): 3/9/18/3/00 CONSOR CENTROS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DECISION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo total la información relevante para conocer mi desempeño co deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.  B. Reportar a las centrales de información verza, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño co deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información mercionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de supervar, tambo en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizada y control, con el fin de que es puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales.  D. Conservar, tambo en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizadones y durante el perin recesario seriales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuante mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que constan en regista públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
Estado Civil: (25000)  Estado Civil: (25000)  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: (20000)  Empresa empleadora: (20000)  Empresa empleador	Empresa empleadora:
Estado Civil: (0,50,0)  Estado Civil: (0,50,0)  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: (PAd/o)  Empresa empleadora: (Hospital) (Son Con/o)  Dirección: (Son Hospital) (Son Con/o)  Teléfono(s): (3) (Hospital) (Son Con/o)  Dirección: (Son Hospital) (Mospital) (Mospita	Empresa empleadora: Hospital Son Conto.  Dirección: 603 440 47 500 Conto.  Teléfono(s): 3/9 48 500 7  Trabajador independiente (profesión u oficio): 76 000 600 600 600 600 600 600 600 600
Estado Civil: (250 / )  Estado Civil: (250 / )  Estado Civil: (250 / )  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: (PAd/C)  Empresa empleadora: (H250 / 12 / 520 / 20 / 500 / 60)  Dirección: (b23 / 4/3 83 / 20)  Teléfono(s): (3/4/3 83 / 20)  Trabajador independiente (profesión u oficio): (TE (170 / 69)  Dirección: (2/4/3 83 / 20)  Telefono(s): (3/4/3 83 / 20)  Telefono(s): (3/4	Empresa empleadora: Hospital Son Conto  Dirección: 600 9 Mon ol 500 Conto  Teléfono(s): 3/9 1/8 3 2 0 3  Trabajador independiente (profesión u oficio): 76 mon ol 90  Dirección: 600 9 Mon ol 185 17 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Cedula de ciudadanía: 3/00/8/3  Estado Civil: 6/50/0  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: PAdro  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: PAdro  Empresa empleadora: 4/05/10/10/50/00/60  Dirección: 6/05/4/8/3704  Trabajador independiente (profesión u oficio): 7/06/4/8  Trabajador independiente (profesión u oficio): 7/06/8  Trabajador independiente (profesión u oficio): 7/06/4/8  Trabajador independiente (	Empresa empleadora: HOSPITOL SON CONTON  Dirección: 603 9 MO OK SON CONTON  Teléfono(s): 319 V 183707  Trabajador independiente (profesión u oficio): 76 cho/o90  Dirección: 60 10 00 7 78 M - 48  Dirección: 60 10 00 7 78 M - 48  Dirección: 60 10 00 7 78 M - 48  Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expresa e irrevocable a al CONSORC CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño co
Cedula de ciudadanía: 3/00/04/3  Estado Civil: 10/50/0  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: PA d/0  Empresa empleadora: 4/05/10/10/50/00/05/05	Empresa empleadora: Hospital Son Confo  Dirección: 603940 de Son Confo  Teléfono(s): 319483707  Trabajador independiente (profesión u oficio): 7500/090  Dirección: 61483707  Trelefono(s): 31876700  Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORC CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO
ciudadanía: 3/00/03  1: (950/0)  1: (950/0	independiente (profesión u oficio): 76 mo/s9  318365000-
ciudadanía: 3/00/03  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  1: (450/0)  2: (450/0)  3: (450/0)  3: (450/0)  3: (470/0)  3: (470/0)  3: (480/0	independiente (profesión u oficio): TECNO/690
el paciente: PAd Son Confor	Bestora: 4050/10/ 500 C 603940 dr 500 Con
el paciente: PRO Son Conto	besques de Son con
el paciente: PA d	Hospilal Son C
el paciente: PA d	
2000	el paciente: PRO
	Estado Civil: (950 d)

4