### Corsecus Eminanuel Falatai indelement

### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Yo/nosotros: Nontha tineros	PAGARE Noy/o	1709 B
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaram	nos: <b>PRIMERO</b> : que somos	
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACION		
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL de:	. <b>S.A.S</b> en adelante simplemei	nte el acreedor, por la cantidad
Por capital:		
Por intereses de plazo:		Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades mon	etarias:	Por
otros gastos:		Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas d	e Bogotá D.C., en la Carrera 2	22 no. 142-63, o en su orden, o
al tenedor de este pagare, el díade		
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gas	stos pagaremos intereses mo	ratorios a la tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso		
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasione		
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judici	al, sobre los intereses pendie	entes, debidos con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para		
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en u		
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este p		
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCI		
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUT		
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a pa	rte hemos impartido para tal	efecto, de conformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.		
Firma(s):		
Firma(s):	la carta de instruccion	es, que se suscribe hov
그렇게 그 그들은 사람들이 얼마를 가려면서 하는 것이 되었다.		
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR F		BLANCO
Bogotá,D.C.,yo,		y/o
Nosotros.		Participate and the second sec
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a	CONSORCIO CLINICA EM	MNAUEL y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL		
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare dist	inquido con el No.	due en la
	ingaide cen ei tiei	400 011 10
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSO		
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA	RCIO y/o al INSTITUTO i	NACIONAL DE DEMENCIAS
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II onsulta prioritaria y hospital d	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II onsulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II ensulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II ensulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION  Y HABILITAC	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II ensulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II ensulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION  Y HABILITACION PACIONAL	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II ensulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II onsulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades resultados por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitida por las autoridades resultados para en la máxima tasa permitidados para en la máxima tasa permitid	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION IN onsulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION IN onsulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello.
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION IN Insulta prioritaria y hospital de se a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien monetarias. anzas prejudicial y judicial en ento de la salida del paciente	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello.
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II  Insulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien  monetarias. anzas prejudicial y judicial en ento de la salida del paciente o abono a tal cuenta.	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello. ya nombrado la cuenta no es
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II  Insulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien  monetarias. anzas prejudicial y judicial en ento de la salida del paciente o abono a tal cuenta.	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello. ya nombrado la cuenta no es
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II  Insulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien  monetarias. anzas prejudicial y judicial en ento de la salida del paciente o abono a tal cuenta.	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello. ya nombrado la cuenta no es
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION II  Insulta prioritaria y hospital d s a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien  monetarias. anzas prejudicial y judicial en ento de la salida del paciente o abono a tal cuenta.	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello. ya nombrado la cuenta no es
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por con EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades r Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobr El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho	RCIO y/o al INSTITUTO I ACION Y HABILITACION IN Insulta prioritaria y hospital de se a la institución (bienes mue ncepto de la permanencia er EMANUEL S.A.S., y/o E ION INFAN quien monetarias. anzas prejudicial y judicial en ento de la salida del paciente	NACIONAL DE DEMENCIAS NFANTIL S.A.S conforme con lía, servicios prestados por los ebles e inmuebles), copagos y n el CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE TILS.A.S; del ingreso con fecha  caso de que haya lugar a ello. ya nombrado la cuenta no es

# Energies Englishers Indelegrand

#### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	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

	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
	Hortha Tracros
	e ciudadanía: 24156844
Estado (	
Parente:	to o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Hadre Susfituto</u> ,
,	empleadora:
Direcció	
1	s): 3 124314379
1	pr independiente (profesión u oficio):
) Direcció	Carre 8# 13-38
Telefond	s):
	que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a
	CIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUE TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédit para:
A.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeñ
В.	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno com
ь.	sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial d
	tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño com
	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 l SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de qu 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 period
E.	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes
Ľ.	mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registro
	públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autori	ación anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada e
veras, co	mpleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir s ón y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligació me, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de m
	ación anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionad
públicas	diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridade competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	aber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo es y sus implicaciones.
Nombres	
C.C.;	
Firma:	