FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/ Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01 nde (min

PAGARE No.

Página 1 de 2

Versión: 01

| Moundating: May bein Banchet Gaons 1/0 |
|--|
| dentificado(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, |
| oor la cantidad de: |
| Por Por |
| ntereses de plazo: |
| ntereses de mora; a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: |
| otros gastos: |
| mos a |
| o al tenedor de este pagare, el día de de |
| 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 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 pagarlos 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 en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de |
| conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. |

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

ф

Nombre del responsable:

.; .;

Firma responsable:

C.C.: 52-190.68-3



Documento Controlado FORMATO PAGARE FR- GFCT <u>습</u> PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Página 2 Versión: 01 de 2

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

| <u>a</u> | Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al |
|----------|--|
| | Telefono(s): |
| | Dirección: |
| | Trabajador independiente (profesión u oficio): |
| | Teléfono(s): 3176802160-3152969617. |
| | Dirección: でくる 128 井 1 44-28. |
| | Empresa empleadora: Almacones axito SA. |
| | Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: শুক্তিৰ e |
| | Estado Civil: Thion Libre. |
| | Cedula de ciudadanía: 52 190657 1370 |
| | Nombres: Dad wer a sanched Goon a. |
| | Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: |

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 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

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.

⋋

- æ 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 como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno
- Ω estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- D 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 Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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 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 deia concernía do mi donneción suministrada de mi petición. obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

sus alcances y sus implicaciones. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

| Nombres | Nombres City Control C |
|---------|--|
| CC: | 52190.657 n 1 |
| Firma: | alocace de ext. |
| | |