Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

Yo/nosotros: Thograe Sorgeips for this for this consorcios from Sorgeips of the Share of the Sorgeips of the sound aparece all 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 Por Por Po Nos 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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, 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, 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 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 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 NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, 418 ナン大き PAGARE No. del año lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias; o al tenedor de este pagare, el día mi cuenta si fuere necesario. intereses de plazo: conformidad con, otros gastos:

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

Se

dne

instrucciones,

qe

carta

<u>0</u>

conformidad de

de

sérá llenado por el acreedor,

Este pagaré

Firma(s):

rome to rained

No. 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 distinguido blanco del pagare e HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: \ \ ! los espacios llenar S.A.S para INFANTIL HABILITACION D.C., /o/nosotros, Bogotá

- 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 El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente 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 acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:	Nombre del responsable: A Moons Sociolo
Nomb	Nomb
- de	Sorainne
irma paciente:	irma responsable: K MOCM SOCKING R. S. S. 1306 P. de

THUMBH ndo misso Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 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

Dirección: () () () () () () () () () (
Dirección:
Dirección:
Dirección: Chair 1434 Telefono(s): 4 1434 A Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo datos, tratados o sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de significativa. B. Reportar a las centrales de información de expreso e batimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exact desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información relevante para obtener una información veraz, pertinente, completa actualizada y exact desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información relevante para conocer mi des como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de como sobre el información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedi suprererivante la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedi suprererivante la información 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
Dirección:
Dirección: CN 33 + 3 + 5 + C 5 + 5 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 + C 2 +
Dirección:
Dirección: Ch 33 + 37 C 5 + 50 C Dirección: Ch 33 + 37 C 5 + 50 C Dirección: Ch 33 + 37 C 5 + 50 C Dirección: Ch 1434 Telefono(s): 4 6 1434 Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevoca CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.5 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.5 o a quien sea en el futuro el a crédito solicitado, para:
CM \$3 + Stc 5
CII 33 + S+c 5
Teléfono(s): 4611434 - 3106950010
Dirección: CII S3+876 S7 SV Apt ZVI
Empresa empleadora:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Wadx
Estado Civil: Cozaclo
Cedula de ciudadanía: S2135 637
Nombres: Noconの No.7816184 Cody 4ve 7

Firma:

6000

Minor ~

C.C.:

sus alcances y sus implicaciones.

Lucio V

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

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,

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.