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

PAGARE No.

1035

Nos Como aparece al pie de mi (núestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, Por Por Por 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 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 prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. 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 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, SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO S.A.S., EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL del año (Beautiful conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: STA o al tenedor de este pagare, el día mi cuenta si fuere necesario. CONSORCIO CLINICA Lelia intereses de plazo: Yo/nosotros: $ilde{ riangle}$ capital:

suscribe instrucciones, qe carta conformidad de la 0/ ф acreedor, o será llenado Este pagaré Firma(s):_

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION YNTITUTO 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 \ \ -**HABILITACION** D.C.,

- 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 PEHARTI ITACTON Y HARTI ITACTON INFANTII S A S. del naciente Molfman.** 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 QUICOLO ingreso con fecha

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 no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

		iable: Ofeloa S de Beacom e
Nombre del paciente:	- p	de Nombre del responsable:dede
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: Aller A.C.C.: 4/6-26 (36

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

s de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Color Color Color Color Color	ción que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable 2A EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S o a quien sea en el futuro el acra	 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como 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 vigilancia y control, con el fin de que 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 periodo		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.
puien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: (2) Se Beallenge 1: 41656426 en la que actúa, si no es el paciente: Sposa en la que actúa, si no es el paciente: Sposa iiente (profesión u oficio): Rensumada Rensión que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al mación que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al MICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	n que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S o a quien sea en el futuro el acre	en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño lor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno e el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido l de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información	nformación mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la NANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que lan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Itanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo.	señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. r a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuante ciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en úblicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	rior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la me, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores.

Firma:

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,

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

DENDED