Entrance indefende

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

| ^ | | ۸ . | PAGAR | E No | 1832 B | | |
|------------------------------|--|--|---|-------------------|---------------|-------------|-----------------|
| Yo/nosotros: (Laro | lina Haria Hantilla | Hartinez | y/o | L 110. | | | identifica |
| do(s) como aparece a | al pie de mi (nuestras) firi | ma(s), declaramo | s: PRIMERO : ai | ie somos | deudores | incondicio | nales de |
| CONSORCIO CLINICA | A EMMNAUEL y/o al INST: | ITUTO NACIONA | L DE DEMENCIA | S EMAN | UEL S.A.S. | v/o FMI | MANUE |
| INSTITUTO DE REHA | ABILITACION Y HABILITAC | ION INFANTIL S | S.A.S en adelante | simpleme | nte el acreed | lor, por la | cantidad |
| de: | | | | | | | |
| Por capital: | | | | | . | | _ |
| Por intereses de plazo: | a máxima autorizada por las a | | | | | | Poi |
| intereses de mora: a la | i maxima autorizada por las a | autoridades monel | arias: | | | | Por |
| otros gastos: | a suma de dinero al acreedor o | | | | | | Nos |
| obligamos a pagar dicha | 3 Suma de dinero al acreedor (| en sus oficinas de | Bogotá D.C., en la | Carrera 2 | 2 no. 142-6 | 3, o en su | orden, o |
| al tenedor de este paga | are, el día | ae | del ar | 0 | S | EGUND |): que a |
| partir de esta recita | a, sobre las obligaciones in: | suitas y ios gasto | os pagaremos inte | reses mo | ratorios a la | a tasa de | máxima |
| autorizada por las auto | ridades monetarias. TERCER | O: que en caso c | le cobro judicial o | extra ju | dicial de est | e pagare : | serán de |
| AL CHARTOL a partir | s y costos que por dicha cobr | anza se ocasionen | , asi como el valor | del impu | esto de timb | re, si hay | lugar de |
| anterioridad o más nag | de la fecha de la respectiva | demanda judiciai, | sobre los interes | es pendi | entes, debid | os con un | año de |
| arregio directo o de na | aremos intereses a la máxima | a tasa njada para i | a mora. QUINTO | los hond | rarios de ab | ogado, en | caso de |
| SFXTO: due cerán de n | go a la etapa prejudicial, se | establecen en un | 20% sobre el val | or de la c | obligación m | ias sus ac | cesorios. |
| cuenta si fuere necesari | nuestro cargo los impuestos quio. Este pagaré será llenado i | ue causen este pag | gare, quedado ai a | creedor ta | icultando pa | ra pagarlo | s por mi |
| DE DEMENCIAS FMA | NUEL S.A.S., y/o EMMAN | UFI INSTITUTO | CLINICA EMMIN | AUEL Y/ | O AL INSTIT | CION TA | CIONAL |
| S.A.S de conformidad o | con las instrucciones que en c | documento a narte | homos impartido | Para tal | ofocto do o | onformide | ranıı. |
| dispuesto en el artículo 6 | 622, inciso 2 del código de con | nercio. | z nemos impartido | para tai | erecto, de c | omormida | a con lo |
| | | | | | · | | |
| Firma(s): | por el acreedor, de c | y/o | · | | · | <u> </u> | Este |
| pagaré será llenado | por el acreedor, de c | onformidad de | la carta de ir | struccion | es, que s | e suscri | e hoy |
| <u></u> | Contract Con | · | <u></u> | | | ·: | |
| CAI | RTA DE INSTRUCCIONES P | ADA HENAD DA | GADE CON ECDA | CTOC EN | DI ANCO | | |
| CAI | The state of the s | ANA LECIMAN PA | GARE CON ESPA | CIO2 EM | BLANCO | | |
| Bogotá,D.C.,yo, | | | · | | oward. | | y/o |
| Nosotros, | | | | | and the | | |
| identificado(s) como apa | rece ai pie de nuestras firmas | s, autorizamos a C | ONSORCIO CLIM | IICA EMI | MNAUEL y/ | o al INS | OTUTI |
| NACIONAL DE DEMEN | NCIAS EMANUEL S.A.S., y | /o EMMANUEL I | NSTITUTO DE R | EHABIL | TACION Y | HABILIT | ACION |
| INFANTIL S.A.S para 1 | llenar los espacios en blanco | del pagare disting | guido con el No | g santifical | | qı | ie en la |
| recha nemos suscrito a | favor de CLINICA EMMN | IAUEL CONSORC | IO y/o al INST | ITUTO N | IACIONAL | DE DEME | NCIAS |
| lag signiantes in the series | EMMANUEL INSTITUTO D | E REHABILITAC | ION Y HABILITA | CION IN | FANTIL S. | A.S confor | me con |
| las siguientes instruccion | | | | | | | |
| médicos adscritos a la in | rá la suma total que por ho | spitalizacion, cons | ulta prioritaria y f | iospital di | a, servicios | prestados | por los |
| cuotas moderadores y o | nstitución, medicamentos, dai | nos ocasionados a | la institución (bio | enes mue | bles e inmu | ebles), co | oagos y |
| EMMNAUEL V/o at T | demás gastos que se haya in | CUITIGO POR CONCE | epto de la permai | nencia en | er CONSC | ORCIO CI | INICA |
| REHABILITACION | NSTITUTO NACIONAL DE | HABILITACIO | MANUEL S.A.S., | y/o Er | MMANUEL | INSTITU | |
| | • | | N | | ILS.A.S; | | del |
| paciente | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | quien | ingreso | con | fecha |
| Intereses de plazo: | | | | | | | |
| | a máxima tasa permitida por la | as autoridados mo | notariae | | | | |
| Así mismo me (nos) oblic | a (obligance) a pagar loc ga | as autoriuaues mo: stoc do las cobran | neldidə. Taq arabıdadalı. | المناسات المناسات | | | •• |
| El pagare será llegado de | go (obligamos) a pagar los gas e acuerdo con estas instruccio | ones el al moment | zas prejudiciai y ju to do la calida dol | aiciai en o | aso de que | naya luga: | r a ello. |
| cancelada en su totalidad | l, o por el saldo en caso de qu | o so hava hocho ai | bono a tal cuenta | paciente | ya nombrad | o la cuent | a no es |
| conceided en su totalidad | , o por er saldo en caso de qui | e se naya necho a | bono a tai cuenta. | | | | |
| Firma paciente | j: | | Nom | bre | del | na | ciente: |
| | | | | | | þ | |
| C.C.: | <u> </u> | e | | | | | |
| Firma responsable:(| 1st. Hulle H | - 1 A | | | | | |
| Mombre del reconnechier | Carolina Haria Ha | antilla Mar | hn cz . | | | | |
| | • • | | | | | | |

Emanuel Inde

| FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS | 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

| Datos gene | erales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: |
|------------------------------|--|
| | Carolina Maria Mantilla Martinez. |
| | ciudadanía: 52376962 1315 |
| | 11: Divorciada. |
| | o o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hermana |
| | mpleadora: Gimnasio Colombo Británico |
| | Aeropuerto Guaymaral, costado Sur orcidental, suba |
| |): 668.3999 |
| | independiente (profesión u oficio): |
| | |
| Telefono(s) | |
| CONSORCINSTITUT | |
| E. St. | 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. Esportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como obre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de al forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como eudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa, niviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la UPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que stas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo ecesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Luministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a is relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros úblicos, bases de datos públicas o documentos públicos. |
| veras, comprectificación | pleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación ne, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi |
| para fines d públicas cor | ción anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades mpetentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, odelos matemáticos, conclusiones de ellas. |
| sus alcances | er leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo s y sus implicaciones. |
| Nombres(| Carolina María Mantilla Martinez |
| C.C.: | 52376962. |
| m. / | 2.1. JAHA. |