### nde Emanuel

### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

- THRI 8

29/06/2		
Original: 2		
	40	
	1	

2/2		1 .
<u>.</u>		1
בי בי		A
	40	

Actualización: --/

de Página 1

Versión: 01

017

1286 B	Perception of the second secon
PAGARE No.	A STATES A

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. 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 V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., v/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 io(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), deciaramos: 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 KEHABILITÀCION Y HABILLITÀCION INFANTIL S.A.S en adeiante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por Por Por 0 SEGUNDO: que a artir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada or las autoridades monetarias. **TERCERO:** que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los astos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. **CUARTO:** a partir y/o Tomás Marin Gomez ntereses de mora; a la maxima autorizada por las autoridades monetarias Andres Marin Mortinez partir de esta fecha, de plazo: gastos rereses omercio.

hoy suscribe Se due instrucciones, carta de B de de conformidad 0// llenado por el acreedor, será rma(s): pagaré

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Andres Marin Martinez de mayo de 2018 J ogotá, D. C., yo,

entificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL y/o al INSTITUTO ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION

INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.

que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:

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 V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., γ/ο EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente Τοσράδικήο δόριο Σ por los médicos hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados El valor del capital será la suma total que por uien ingreso con fecha

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:

ΙŪ Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no dencelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

naciante.				
Nombre del n				Manizales
	de		The state of the s	de Mani
			Martine	Ti
	-	M	5 Marin Martinez	
		SALCENT.	hidre	-
And the second state of the second se		3	consable:	. BOB
paciente.		irma responsable:	Nombre del responsable: C	75,074
E S	<u>;</u>	E	Nom	CC: 75

#### Nacional de Nacional de Demencias Emanuel FR - THRL - 04 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 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

Firma: Outpatitud	₽ C
Nombres Andres Marin Martinez	N
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	De
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, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	m co fin 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 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.	Ve Ve
E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	
SUPERFINANCIERA o las demás entidades publicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	
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	
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	
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.	
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al 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:	R C De
Telefono(s):	e
Dirección:	D
Trabajador independiente (profesión u oficio):	Ta
Teléfono(s): 3163061159	Te
Dirección: Calle 175 No. 17 8 80 Torre 10 Ap. 303	Dir
Empresa empleadora: Claro - REP+ Noticios	E
0 1	Par
Ph. 1	Est
0 1	6
Nombres: Andrés Marin Martinez	N <sub>O</sub>
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	Dat