ACTION AND ACTION ACTION AND ACTION ACTION AND ACTION ACTION AND ACTION AND ACTION AND ACTION AND ACTION AND ACTION ACTION AND ACTION ACTION ACTION AND ACTION AC	Documento Controlado Original:21/12/2016	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
		Documento Controlado

## Página 1 de 2 Versión: 01 Actualización: --/--/ Original:21/12/2016 Controlado FR- GFCT -01

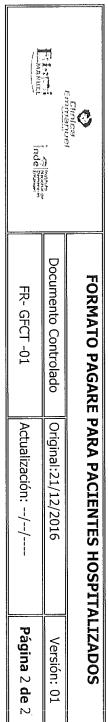
PAGARE No.

020

Yo/nosotros:	
s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionale MMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acrempidado de:	cionales de A.S., y/o
tal:	
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Po Po
otros gastos:	Nos n su orden,
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUN	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 indicial o extra indicial de este pagare serán de	de máxima e 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	i hay lugar
ue el COARIO, a parul de la lecria de la respectuya dell'alluda, sobre los intereses pendientes, debidos con un ano de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	un ano de lo, 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.	accesorios.
<b>SEXIO:</b> que seran 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 <b>CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO</b>	agarlos por
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION TINEANTIL S.A.S. de conformidad con las instrucciones que en documento a nate homos impartido nata tal escrito.	ITACION
ol noo	פוברוס, חב
Firma(s):	
aré será llenado por el acreedor, de confo	scribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	
s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE LION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare	O y/o al
tha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL	IO y/o al
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	dos por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y criotas moderadores y demás pastos que se hava incurrido por concento de la parmanencia en CLINICA EMMNALIEI.	s), copagos
CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE RELIGION Y HARTI ITACTON TORANTILIS A S. del naciente	ITUTO DE
	dalah 
2. Intereses de plazo:	
3. 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 no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	aya lugar a o la cuenta
Firma paciente:	Of the
नेष् हमड 017 de	

de Mymbre del responsable:

Firma responsable:



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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	de instrucciones:
Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	"我们是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,我们就是我们的,
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s).	

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la **CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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:

- como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- φ. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- Ç 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.
- Ö Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш 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 Ø registros públicos, mis relaciones comerciales, financieras y bases de datos públicas o documentos públicos en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes 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 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

Firma: