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

Página 1 de 2

Versión:

PAGARE No.	: No.	gasan ee aa
YO/nosotros: EVIDEN ACICEPA (3.	" SERGIO FOUTERAG.	2 4 C.
declaramos: P	ie somos deudores incon	dicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	en adelante simplemente	el acreedor,
por la cantidad de:		Por
capital:		Por
intereses de plazo:		Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:		Por
otros gastos:		Nos
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,	Carrera 22 no. 142-63, o	en su orden,
o al tenedor de este pagare, el díadede	del año	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	reses moratorios a la tas	a de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	extra judicial de este pag	are serán de

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 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, 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. conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de

nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre,

si hay lugar

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se

Este pagaré Firma(s):

suscribe

		CIO y/o a	LITACION	ido con e	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a	LITACION		
	Gaza	CONSOR	E REHABI	: distingu	EL CONSO	E REHABI		
		MMNAUEL	ITTUTO DI	lel pagare	EMMNAU	ITTUTO DI		
		LINICA E	VUEL INS	blanco	CLINICA	NOEL INS		R.,
	у/о	amos a C	O EMMA	cios en	a favor de	O EMMA	rucciones:	
		as, autoriz	S.A.S., y,	los espa	s suscrito	S.A.S., y,	uientes inst	
		stras firm	EMANUEL	lenar	echa hemo	EMANUEL	con las sigu	
		oie de nue	MENCIAS I	.A.S para	que en la f	MENCIAS	conforme	
		oarece al p	IL DE DEN	ANTIL S		IL DE DEN	NTIL S.A.S	
. 2		como ap	NACIONA	ON INF	:	NACIONA	ON INFAI	
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a	INSTITUTO NACIONAL 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 e	No.	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:	

- El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los 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 CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
- 3.
- 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 no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Firma paciente: C.C.: 1032 UV9 S3V de 1	Nombre del paciente: 252610 1160 (ELM 6.)
Firma responsable: EV NOW ABULEDM (3)	Nombre del responsable: EDISON A CUI (R. P.) L. S. A. A. A. C. I. (R. P.) L. S. A. A. A. C. I. (R. P.) L. S. A. A. A. C. I. (R. P.) L. S. A. A. A. C. I. (R. P.) L. S. A. A. A. C. I. (R. P.) L. S. A. A. A. C. I. (R. P.) L. S. A.



Documento Controlado **FORMATO PAGARE** PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Versión: 2

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

FR- GFCT -01

Actualización: --/--/

Página 2 de 2

atos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: S (こうん) (こう) (こう) (こう) (こう) (こう) (こう) (こう) (こう
edula de ciudadanía: PTIC CC I
stado Civil: (ABNOC
arentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\rho \land 0 \geq 0$
mpresa empleadora: こんりをクをんりてというを
irección:
eléfono(s):
rabajador independiente (profesión u oficio): そのていられてもこのであるのである。
irección: Calle 22 0 + 85-65 - Cao > 1
elefono(e). 3 (OUNT (2) 3

<u>-</u>1 0

ш

Ď

Ш

0

Z

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

- Α como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- œ 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 tanto sobre el cumplimento oportuno
- \circ estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ō necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш a mis relaciones comerciales, Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. financieras en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

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,

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

Nombres EIGON AGORERO ().