(Chinical	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Construction of the second	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde linear	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

PAGARE No.

 \sim

240

Yo/nosotros: $(14.0 \times 6 \times 1/9) \times (1.0 \times 1/9$ Por Por Por 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 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. EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, SEGUNDO: nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por 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 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, かん del año Qo/k 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: TYU 31/100 o al tenedor de este pagare, el día 12050 10/bc de: intereses de plazo: cantidad otros gastos: ø capital:

instrucciones, qe carta <u>m</u> ф será llenado por el acreedor, de conformidad 0// The 30/100 150 Firma(s): \$050 PJ pagaré

Ьó

suscribe

Se

dne

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

		identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIEL SAS VO EMMANIEL INSTITUTO DE BEHABILITACION V	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	INSTITUTO MACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	<i>'</i>	1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
1 10°°1	0/λ	uestras firmas, autorizamos a	ira llenar los espacios en	fecha hemos suscrito a favor d	SEMANUEL S.A.S., y/o EMM	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	por hospitalización, consulta pr
		mo aparece al pie de n	INFANTIL S.A.S pa	que en la	CIONAL DE DEMENCIAS	INFANTIL S.A.S conform	oital será la suma total que
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) cor	HABILITACION	No.	INSTITUTO MAC	HABILITACION 1	 El valor del cap

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

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

Nombre del paciente:		1/01/2 Nombre del responsable:
Firma paciente:	C.C.:de	Firma responsable: <u> </u>



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

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

Datos gener Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Доらんはんってとひとしんし
Cedula de ci	Cedula de ciudadanía: 47 58 7 885
Estado Civil:	Estado Civil: Charon II bre
Parentesco o	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>MC W7 &</u>
Empresa empleadora:	mpleadora:
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador i	Trabajador independiente (profesión u oficio): 日 o らのと
Dirección: _	
Telefono(s):	
Declaro que	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
del crédito s	EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el tuturo el acreedor del crédito solicitado, para:
ک ج	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
B. Re	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
- \circ **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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de
- Ö 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, financieras 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. y 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 de mi petición. 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, 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, La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada conclusiones de ellas

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

	CC:		Nombres _ o
1	~		6
_	4		Ø.
	1		Ø
`	S		9
	20		Ð
_	r Li		*
	-		I
	\mathcal{Z}	,	5
,	386		P
,	\sim		- <u>Ĵ</u>
	1		7.40
			2
		-	~
		1	`
			_
			7
			\

Firma:

Doso