## Página 1 de 2 Versión: ( FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01 nde mer

01

103

PAGARE No.

7	2,4	dicionales de	<b>5.A.S.,                                  </b>	Por	Por	     P	Nos	en su orden,	SEGUNDO:	a de máxima	are serán de	, si hay lugar	ado en caso	s accesorios.	pagarlos por	INSTITUTO	al efecto, de				uscribe hoy
	50) 2x	deudores incon	elMANUEL te simplement					no. 142-63, o		atorios a la tas	ial de esterpag	esto de timbre	res, uebluos ca rarios de abod	igación más su	acultando para	CIO y/o al	partido para ta				s es ene se s
	200 9/2	o: due somos o	DEMENCIAS A.S en adelan					en la Carrera 22	_del año	s intereses mor	al o extra judic	valor del impu	NTO: los hono	valor de la obl	o al acreedor fa	UEL CONSOR	rte hemos imi		$\left. \right\rangle$	()	e instruccione
	Faneta (anayo /10 Day alea Canaro	dentificado(s) como aparace al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionales de	MANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIÓN INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,			arias:		obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficipas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,		que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	utorizada por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	illestro cargo los gastos y costos que for dicha gobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar le él CILARTO: a nartir de la techa de la respectiva demanda invitrial cobre los interfeccionaciones.	nterioridad o más, pagaremós intereses a la máxima tasa fijada para la mora OUINTO: los honorarios de abonado en caso	le arreglo directo o de pago a la etapa prejydicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	EXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaxé, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	ni cuenta si tuere necesario. Este pagare sera llepado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO IACTONAL DE DEMENCIAS EMANILAL SA	NEANTIL S.A.S de conformidad con Jas Instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	comercio.		1	sera menado por el acreedor, de comormidad de la carga de instrucciones, que se suscribe hoy
	of Cemo	ma(s), declarar	MELLITACIÓ	1		ntereses de mora: a da máxima autorizada por las autoridades monetarias:		sus oficinas de	de	isultas y los ga	: que en caso c	iza se ocasione emanda inklicia	cinanua juwicie Tasa fijada paka	stablecen en u	causep-este p	ado por CLIN	nes que en do	onformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	0);	//ONFormidad	מיווטרוווממם מ
		i (nuestras) fin	TTACION YH		-	da por las auto		al acreedor en	7	obligaciones ir	35 TERCERO:	or dicha gobran Ia respactiva di	a la máxima t	rejudicial, se e	imbuestos que	gare sera llen	Jas Instruccion	ilo 622, inciso		ropdor do	יובבחסו, חב
	John Dans	sce al pie de m	DE REHABIL			áxima autorizad		uma de dinero	ıre, el día	ha, sobre las	ades monetaria	costos que po	emos intereses	jo a la etapa pi	stro cargo los	iario. Este pac TAS FMANIIF	formidad coh	sto en el anticu	$\setminus$	)   Job 01	o pol/a a
(	المحت	(s) como apare	L INSTITUTO	cantidad de:	plazo:	mora: a-la má		pagar dicha su	al tenedor de este pagare, el día	r de esta fec	or las autorida	jo los gastos y XTO: a partir d	o más, pagare	irecto o de pag	serán de nue	of Demended	S.A.S de con	con lo dispue			
	'o/nosotros:_	dentificado(	MMANUE	or la c	apital:	ntereses de	tros gastos:	bligamos a	al tenedor	lue a parti	utorizada p	luestro carç le él <b>CIIAB</b>	nterioridad	le arreglo d	EXTO: que	ni cuenta :	NFANTIL	onformidad	irmə(c).	iiiia(s)	se pagair

ā CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE-REHABILITACION Y REHABILITACION Y CONSORCIO distinguido identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENÇIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE del blanco que en la fecha hemos suscrito a favor de eu HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: espacios <u>loş</u> llenar para S.A.S HABILITACION IMFANTIL D.C., Bogotá

CARTA DE MISTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

- El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritária y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos ingreso con fecha
- 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 prejedicial 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.

iciente:			Nombre del responsable: Como Dasa Fastera		- Programme - Address Section	
Nombre del paciente:			Nombre del re	Bocol		\
	de	11	(topp for	// / de		
	7		ible:	1014020101	1	\ \ \
irma paciente:	;;;	•	irma responsable:	.c.: 1019	•	