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

PAGAKE NO. 236
Yolnosotros: Handerzon Micho yo Levin Nuente
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
por la cantidad de:
capital: Por
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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,
o al tenedor de este pagare, el día de 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 judicial o extra judicial de este pagare 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
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.
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
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

D.C.,

Bogotá

hoy

suscribe

carta de instrucciones, que se

ø

el acreedor, de conformidad de

será llenado por

pagaré

Este

Firma(s):

>	yo/nosotros,		y/o		
<u>.</u> 0	entificado(s) como	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	autorizamos a CLINIC	A EMMNAUEL C	CONSORCIO y/o al
1	NSTITUTO NACION	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	S., y/o EMMANUEL 1	INSTITUTO DE F	REHABILITACION Y
T	ABILITACION IN	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con	espacios en blanco	del pagare	distinguido con el
Ż	0.	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	scrito a favor de CLINI	ICA EMMNAUEL	CONSORCIO y/o al
Ħ	NSTITUTO NACION	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO DE F	REHABILITACION Y
I	ABILITACION INF	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	es instrucciones:	1500 ST	
ij	El valor del capital	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	ión, consulta prioritaria y	hospital día, servi	icios prestados por los
	médicos adscritos a	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	asionados a la instituciór	(bienes muebles	e inmuebles), copagos
	y cuotas moderado	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	rido por concepto de la p	permanencia en C	LINICA EMMNAUEL
	CONSORCIO y/o	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	ENCIAS EMANUEL S.A	S., y/o EMMAN	UEL INSTITUTO DE
	REHABILITACIO	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	del paciente		quien
	ingreso con fecha			•	
2.	Intereses de plazo:_				
ω,	Intereses de mora a	3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	ridades 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.

Nombre del responsable: $v \not\vdash {}_{\mathcal{A}}$

de

3885188

Firma responsable: C.C.:

Firma paciente:

C.C.:

Nombre del paciente:

g

< m □ < m |



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 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: Hもいひけつの ハデーとトロ
Ω.
Estado Civil: ()n100 Lx OCC
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Companistro Managante
Empresa empleadora: Moherra Jas L. + Ja
Dirección: Calle 38 Sur
Teléfono(s): 454 22 8
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: Calle 38 Sur 72 \ 05
Telefono(s): 31/24/03943
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:
 A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi canacidad de nago o nara valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
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 natrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente completa actualizada y exacta de mis natrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente completa actualizada y exacta de mis
desempeño como 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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que
 D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
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 er registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
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
congación de marcamie, caama yo lo pida, quien consulto fili mistoria de desembeno el editicio dal ante los seis meses am

de mi petición.

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,

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

Firma:

C.C.:

Nombres

Flandinon

t

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.