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

Página 1 de 2

Versión: 01

Nos 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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, Por Por 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. 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 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, SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultás y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por 070 110 120-PAGARE No. del año Ó, 100/K conformidad con lo dispresto en el artículo 622, ingso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: o al tenedor de este pagare, el día Herolas intereses de plazo: cantidad otros gastos: <u>a</u> capital:

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

S

instrucciones, que

conformidad de la carta de

de

acreedor,

llenado por el

Este pagaré

Firma(s):

edil

SA

O,

3

%

Bogotá D.C.,

yo/nosotros, — // PARA FARA Sirmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO pagare distinguido con el constant s.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el constant s.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido y/o al HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en la fecha hemos suscrito a favor de 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 conforme con las siguientes instrucciones: Bogotá

- 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 (2/6702 - 7202 - quien REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
- 3. 2.

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.

	ı	2	,	
		E C		
		1		
		1		
		Memory		
	1	The state of the s	1	
-		\ JI		
nte:		nsable		
Nombre del paciente:	-	Nombre del responsable;		
re del		re del		
Nomb		Nomb	7	
			fraif	`
	de		de de	
	7	M	#	
			Ø	
			1	
		"	W	
te:		ısable	128	
pacier		respor		
Firma paciente:	U U U	Firma responsable:	 	

5



nde miss Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

No No

Datos ger Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: (C)
Cedula de	Cedula de ciudadanía: 13824079
Estado Civil:	ivil: Univa Abre
Parenteso	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: CerryBINCSD
Empresa	Empresa empleadora:
Dirección:	1:
Teléfono(s):	(s):
Trabajad	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	
Telefono(s):	(S):
Declaro (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 crédit	del crédito solicitado, para:
Ą	
ъ.	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. 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 m desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
	Significativa. Significativa. 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
Þ	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo conservar, tanto en cue reclamentos la información indicada en los literales R y F de esta clánsula
ίμ	Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuante:
	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten el registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autor	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministradi
es veras	es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir si rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de li
obligació	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriore
de mi petición.	etición.

Firma:

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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 para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades

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