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

PAGARE No.

990

7

Página 1 de

Versión: 01

Yo/nosotros: W. Isabel Jelmolie C.	Wolliebark about on U.
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de CINICA EMMNAILEI CONSORCIO VIOLENTIFICA NACIONAL DE PEMENGIAS EMANILEI CONSORCIO VIOLENTIFICA DE PEMENCIAS EMANILEI CONSORCIO VIOLENTIFICA DE PEMENGIAS EMANILEI CONSORCIO VIOLENTIFICA DE PEMENCIAS	imos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	ACTONAL DE DEMENCIAS EMANOEL S.A.S., y/o N INFANTIL S.A.S 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:	
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,	e Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	astos 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 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	en, 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	al, 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	a 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.	in 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	vagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	VICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	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	ocumento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	e comercio.
Firma(s) C C C Colon / Jacob Colonia	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

Se

instrucciones,

de

carta

<u>0</u>

ф

y/o _____conformidad

el acreedor,

pagaré será llenado

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 identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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: ٥ ۲ los para S.A.S INFANTIL HABILITACION D.C., 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 (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. 2 6

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:	Nombre del paciente: Plebage Color Construction
C.C.:	
Firma responsable: (1) Island (1) Islandise C.	Nombre del responsable:
C.C.: 35474-184 de	



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

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: 35434 184	
Estado Civil: Sastación	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Coro Modele	ono Madre
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Trahajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
	The state of the s

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:

- como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- ₩ desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno información
- Ω 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 Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ö 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. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes
- ш registros públicos, a mis relaciones comerciales, bases de datos públicas o documentos públicos. financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

de mi petición. obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 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 constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, 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

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

(Sabel) andia

Firma: Sabe Sipuol