٥	0	FORMATO PAGARE PARA PA	PARA PA
Emm	nce		
A THE PARTY OF THE	chairm)	Documento Controlado	Original:2
Andrew M. R. S. L. L.	nde limite	FR- GFCT -01	Actualizad

PAGARE No.

047

|| Actualización: --/--/ Ö

1/12/2016

Página 1 de 2

*ICIENTES HOSPITALIZADOS* 

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** S.A.S en adelante simplemente el acreedor, EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL 3 bevid M cantidad

9

capital:

SO Por Por 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, intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: de este pagare, el día intereses de plazo: otros gastos:

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 sobre los intereses pendientes, debidos con un año de 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 que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso quedado al acreedor facultando para pagarlos por SEGUNDO: de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, o al tenedor

hoy suscribe Se carta de instrucciones, que de la conformidad acreedor, de ਰ será llenado por Este pagaré Firma(s):

## 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 EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y 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 distinguido pagare qel planco eu HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: espacios o, V . SO llenar S.A.S para 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, 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
  - Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo: ingreso con fecha 3 %

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 paciente:		Nombre del responsable:	
	/ de	Just 3h	125 de 1256
Firma paciente:	.::	Firma responsable:	1751111



## 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

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	<ul> <li>E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos,</li> </ul>	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.  D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y duri necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.	significativa.  C. Enviar la información mencionada a las centrales de rie  SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que	como deudor, mi capacidad de pago o para 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 como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis debere patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actuados desemberos como deudor describés de baber critado y procesado disperso datos útilos para el desembero como deudor describés de baber critado y procesado disperso datos útilos para el desembero como deudor describés de baber critado y procesado disperso datos útilos para el desembero como deudor describés de baber critado y procesado disperso datos útilos para el desembero como de la como	<ul> <li>A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo</li> </ul>	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la <b>CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.</b> , <b>y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S</b> o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:	Telefono(s):	Dirección: Transfer (Profesión u oficio): Transfer de la filia de	Dirección:	Empresa empleadora:	Estado Civil: Sollison  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Cedula de ciudadanía: 170 15111 Brank	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir-pagarey carta de instrucciones:
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	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 en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	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 necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.	significativa.  SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.  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 mis desenvación de como delidor descritos de baber cruzado y procesado discreto datos útilos como electronicio de como delidor descritos de baber cruzado y procesado discreto datos útilos como electronicio de como delidor descritos de baber cruzado y procesado discreto datos útilos como electronicio de como delidor descritos de baber cruzado y procesado discreto datos útilos como electronicio de como delidor descritos de la baber cruzado y procesado discreto datos útilos como electronicio de como delidor de como electronicio de como e	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño	ídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o ACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor		# 11 # 88 # 11 #			egre		e instrucciones:

Firma:

C.C.:

Jag H

Nombres

The

Solve

sus alcances y sus implicaciones

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

de mi petición.