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

Herioga identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) f rm^d (s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de $\mathcal C$ Nos Por 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 en adelante simplemente el acreedor, Por Po 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 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. 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: nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por 198 Johanna PAGARE NO. del año , 0/Y Rido intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: enegas Jannet o al tenedor de este pagare, el día Gendle cantidad intereses de plazo: Yo/nosotros:(otros gastos:

hoy suscribe se dne instrucciones, de carta aunc de la será llenado por el acréedor, de conformidad ۲ % ungan allella Firma(s): (% Este pagare

conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá D.C.,				
yo/nosotros,		ο/λ		
identificado(s) α	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	firmas, autorizamos a CLI	NICA EMMNAUEL CONSOR	CIO y/o al
INSTITUTO NA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	UEL S.A.S., y/o EMMANU	IEL INSTITUTO DE REHABIL	ITACION Y
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	nar los espacios en bl	lanco del pagare distinguio	do con el
No.	que en la fecha h	nemos suscrito a favor de Cl	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	CIO y/o al
INSTITUTO NA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	UEL S.A.S., y/o EMMANU	EL INSTITUTO DE REHABIL	ITACION Y
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	s siguientes instrucciones:		
1. El valor del ca	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	spitalización, consulta priorita	aria y hospital día, servicios presi	tados por los
médicos adscr	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	daños ocasionados a la institu	ución (bienes muebles e inmuebl	es), copagos
y cuotas mod	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	aya incurrido por concepto de	e la permanencia en CLINICA I	EMMNAUEL
CONSORCIO	CONSORCIO V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.: V/o EMMANUEL INSTITUTO DE	DE DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., v/o EMMANUEL INS	

- S quien REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:

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.



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

de mi petición.	rectifi obliga	La au es vei							-	_	del crédito solicitado, para:	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	Telefono(s):	Dirección:	Trabajador independiente (profesión u oficio):	Teléfono(s):	Dirección:	Empresa empleadora:	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Estado Civil:	Cedula de ciudadanía:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare/r carta de instrucciones
petic	icación ación (toriza ras, c	7. a	S L	D G	у п	<u>s</u> . c	ם ס	В. 	A.	édito	ICA ICA	no(s)	zión: _	jador	no(s)	ión:	esa en	tesco	o Civil	a de c	gene res: (
ión.	n y a de indi	ción a omple	mis r egistro	ecesar uminis	stas pi onsen	nviar	desempeño o	atrimo	eporta	onsult	solicita	E MA		Voi	indep			າpleac	o calic		iudada	ales c
	que s	nterio ta, ex	elacio s púb	io sef strar a	uedan ⁄ar, ta	la info	eño c	nial d	ır a la	ar, en	ado, p	nforma NAUE	2		endier	49		ora:	lad en	5	anía: _	s de quien(XXXX
	e info , cuar	r no m acta y	nes co licos, I	íalado las ce	tratar nto er	ncie NCIE	omo d	e tal fo	s cent	cualq	ara:	tción (SZ	ala	ıte (pr	8647222		I	la que	2615	5	es)
	rma s ido yo	ne imp ecual	merci bases	en su ntrale:	la, and (la er	ón me RA o l	eudor	orma o	rales o	uier ti		Tue he	169		ofesió	200	1	25/0	e actúa	2	200	
	obre I lo pid	edirá izada,	ales, f de dat	s regla s de in	alizarla ntidad	encion as der	despu	que és	de info	empo,		ABIL RCIO	3125269876	6	n u of			7	a, si no	2	2	回)a suscribit
	as cor a, quie	ejerce y en o	inancio os pút	imento forma	a, clasi como	ada a nás er	ıés de	tas pre	ormacio	en las		s) sun y/o		burche	icio):				es el	Ÿ	669	cribir
	reccio n cons	r mi dı caso d	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos	os la ir ción de	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 act	las ce itidade	haber	esente	ón de	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para como deudor, mi canacidad de nago o para valorar el riesgo futuro de concederme un cradito		ninistra		8	T			5	pacien)agare
	nes et sulto n	erecho e que	en g	iforma e riesg	y lueg s centi	entrale es púb	. cruza	n una	riesgo	ales d	:	ndo es NSTIT			X				ਦੁ -		10 X	グ carta o
	ectua ni histo	a cor	eneral mento	ción ir o dato	o sum ales d	s de I licas q	do y p	inform	datos	e riesç		veríd UTO		1/2	110			2	3		12	ia de ii
	das. T oria de	robora sea, a	socio s púb	ndicada os relai	ninistra e riesç	riesgo ue eje	roces	nación	, trata	o toda	,	ica y		610	0			Q	7			nstruc
	ampoo desen	que s	econói licos.	a en lo tivos a	arla a o Jo, cor	de m	ado div	veraz,	dos o	a la inf		doy m		1	6			E	j			ciopes
	co libe npeño	ualqui se deje	micas	nis s	dichas n las d	anera ıncion	/ersos	pertir	sin tra	ormac le con		TIL S			8			2				1,0
	rará a credit	er tier	que y	ales B olicitud	centra ebidas	direct es de	datos	ente,	atar, t	ión re	- - 21 (A.)	entim DEM S.A.S			The			200				0,
	i las c ício du	npo qu tancia	o haya	y E. o des de	ales. actua	a y, t vigilan	útiles	compl	anto s	levant		iento ENCI o a qui			3	9		3				
	entrale rante	ue la ii de mi	entre	de esta crédit	lizacio	ambié cia y c	para	eta ac	obre e	e para		de exp AS EI			$\mathcal{O}_{\mathcal{O}}$		1	7				
	es de los sei	nforma	egado	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 ot	nes y	n, por control	obtene	tualiza	d cum	cono		oreso MANU a en el			2			2				aritement des minimum estador de la company
	inforn s mes	ación s	o que	sula. o otros	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	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	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa	patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi	Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito		e irrev JEL S						010				
	nación es anto	sumini), a ex	cons	s ateni	te el p	medio el fin c	inforn	exacta	ito opo	deser		vocabl s.A.S. , o el acı										
	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	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	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.	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	eriodo	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	nación	de mi	ortuno	npeño		e a la y/o eedor										

Firma:

andra

Unego

C.C.:

660

12/2/

GUNDI

Nombres

sus alcances

y sus implicaciones.

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, La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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