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

7

Página 1 de

Versión: 01

	PAGARE No. 027
Yolnosotros: Lamos nos nos construs.	I have the last of
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de	aramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANII INSTITUTO DE PEHARTI ITACION Y HARTI ITACION INFANTII S.A.S. en adelante cimulemente el acreedor	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
por la cantidad de:	Por
capital:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias.	netarias:
otros gastos:	Nos
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,	s de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el díade	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	s 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	so 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	ionen, 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	dicial, 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	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.	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	te 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	LINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	EL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

þó

suscribe

Se

due

de instrucciones,

carta

<u>n</u> de

conformidad

de

acreedor,

<u>a</u>

será llenado por

pagare ser

Este

Firma(s): 🎝

MON'NO.

parte hemos impartido para tal efecto,

INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

മ്	Bogotá D.C.,						14.				EIG Nav					.
×	yo/nosotros,					-	0/λ									1
Ē	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	no aparece	al pie c	de nuest	ras firm	าลร, ลเ	ıtorizamo	s a C	LINIC	A EM	MNAU	FC	ONSOR	CIO	y/o 3	P/A
Ħ	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	TONAL DE	DEMEN (CIAS EN	IANUEL	S.A.S	3., y/o E	MMAI	NOEL	INSTI	TUTO	DE RI	EHABI	LITAC	ION	>-
Ï	HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INFANTIL	S.A.S	para	llenar	los	espacios	en	blanc	o del	page	are c	distingui	ido c	uo:	<u>a</u>
ž	 		due	en la fecl	ha hemo	os sasc	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	or de	CLIN	ICA E	MMNA	UEL C	OSNO	RCIO	8 0/A	eri.
Ē	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	TONAL DE	DEMEN	CIAS EN	IANUEL	S.A.5	5., y/o E	MMA	NUEL	INSTI	TUTO	DE RI	EHABI	LITAC	NOI	>-
-	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	NFANTIL S	.A.S con	forme co	n las sig	uiente	s instrucc	iones:								
τi	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	tal será la sı	uma total	I que por	hospita	alizació	n, consul	ta prio	ritaria	y hosp	ital día,	servic	ios pre	stados	por lo	S
	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	os a la institu	ación, me	dicamen	tos, dañ	os oca	sionados	a la ins	stitución	n (bien	es mue	bles e	inmue	oles), c	opago	S
	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	adores y de	más gast	s anb so:	e haya	incurric	to por col	ncepto	de la	perma	nencia	en CL	INICA	EMM	NAUE	ليبر
	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	/o al INST	TTUTO I	NACION	AL DE	DEME	NCIAS E	MANU	IEL S./	A.S., V	/o EM	MANU	JEL IN	STITU	100	ш
	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	ION Y HAB	ILITACI	ON INF.	ANTILS	.A.S;	tel pacien	fe							_ quien	ς.
	ingreso con fecha	a E					. \$ 1.5 2.			-						
7.	Intereses de plazo:	:0Z!														1

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

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

3 .

no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:

ф

Nombre del responsable:

a moo.

MANING S

Laule: K

CC: N

Firma responsable:

Firma paciente:

g.



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR- GFCT -01 Actualización: --/--/ Original:21/12/2016 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

	Telefono(s):
	Dirección:
	Trabajador independiente (profesión u oficio):
	Teléfono(s): 324270105
Car bo For.	Dirección Callo 61# 28 1+ Carpa Col.
1 Com to	Empresa empleadora: LONDE ONAR PORTON
ente: MADRE.	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: MHORE
	Estado Civil: 50) terq
	Cedula de ciudadanía: Slogy 352
アタイク・ プロイク・	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: + u + moine + u + moero -

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:

- ₽ 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
- œ Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido tanto sobre el cumplimento oportuno
- \bigcirc 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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- D necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- Ш a mis relaciones comerciales, Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que

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 de mi petición. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

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 mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

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

of moines w MICOS

Moure