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

237	
PAGARE No.	

Página 1 de 2 Versión: 01 Actualización: --/--/-

ro/nosotros: Héctor Molano	VO Cermic Andrea Tolemo
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	nos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/c
	INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor
por la cantidad de:	Po
intereses de plazo:	0.7
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	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	tos 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	e 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	n, así como el valor del impuesto de timbre, si hay luga
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	l, 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 casc	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	120% 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	agaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	ICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	cumento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	comercio.
Firma(s):	" Camila Andrea Rolano

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

se

de instrucciones, que

acreedor, de conformidad de la carta

٦

llenado por

pagaré

Firma(s):_

۸/٥

Casalor

assila

		MEMMAUEL CONSORCIO y/o al	NSTITUTO DE REHABILITACION Y	del pagare distinguido con el	CA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	NSTITUTO DE REHABILITACION Y		hospital día, servicios prestados por los	(bienes muebles e inmuebles), copagos	ermanencia en CLINICA EMMNAUEL	S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	quien
	0/Å	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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	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:	1. 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
		mo aparece al pie de nu	CIONAL DE DEMENCIAS	INFANTIL S.A.S par	que en la	JONAL DE DEMENCIAS	INFANTIL S.A.S conforme	ital será la suma total que j	tos a la institución, medican	radores y demás gastos qu	y/o al INSTITUTO NACE	CION Y HABILITACION I
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) cor	INSTITUTO NAC	HABILITACION	No.	INSTITUTO NAC	HABILITACION 1	 El valor del cap 	médicos adscrit	y cuotas mode	CONSORCIO	REHABILITAC

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.

Intereses de plazo: ingreso con fecha

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

Anches

Camila

Nombre del paciente:

g

70(au

Nombre del responsable: (-lector

Firma responsable: C.C.: フタイナトネルダ

Firma paciente:



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

Z D

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 日をひせっているので	de instrucciones:
67 t J t B f F. Sinchebuils of elithon	
Condin ac Canadamina:	
Estado Civil: Caraco	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: ρ_{α}	Pack
Empresa empleadora: しゃんんんし	
Directión: Cr 810 HFLB. 70	
Teléfono(s). Se 6060	
Trabajador independiente (profesión II oficio):	
Dirección:	
	The state of the s

 \dashv

 \Box

 \Box

۵

Ш

 \circ

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

₽

- Β 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 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
- \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 puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- Ō 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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

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

	; I	
- 1		
1	- 1	

Firma: