© Clinica	FORMATO PAGARE	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde Prince	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de

PAGARE No.

	-		PAGAKE NO.	. 252
10/nosotros:	Reyd	9	Vostus stella Pario	ه الم م الم
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	de mi (nuestras	s) firma(s), declaramos	s: PRIMERO: que somos d	eudores incondicionales d
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	tCIO y/o al	INSTITUTO NACIO	ONAL DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S., y/
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	ABILITACION	Y HABILITACION I	NFANTIL S.A.S en adelant	e simplemente el acreedo
oor la cantidad de:				Por
apital:				Por
ntereses de plazo:				Por
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	orizada por las	autoridades monetaria	IS:	Por
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,	nero al acreedo	ır en sus oficinas de Bo	ogotá D.C., en la Carrera 22	no. 142-63, o en su order
o al tenedor de este pagare, el día	6	de	del año	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	e las obligacior	ies insultas y los gasto:	s pagaremos intereses mora	itorios a la tasa de máxim
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	etarias. TERCE	:RO: que en caso de c	cobro judicial o extra judicia	ıl de este pagare serán d
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	ue por dicha co	branza se ocasionen,	así como el valor del impue	sto 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	a de la respecti	va demanda judicial, s	sobre los intereses pendient	es, debidos con un año d
interioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	reses a la máx	ima tasa fijada para la	mora. QUINTO: los honor	arios de abogado, en cas
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	apa prejudicial,	se establecen en un 2	0% sobre el valor de la obli	gación más sus accesorio:
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	o los impuestos	due causen este paga	aré, quedado al acreedor fa	cultando para pagarlos po
ni cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	e pagaré será	llenado por CLINIC	A EMMNAUEL CONSOR	CIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NUEL S.A.S.,	y/o EMMANUEL INS	STITUTO DE REHABILITA	CION Y HABILITACIO
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	con las instru	icciones que en docui	mento a parte hemos imp	artido para tal efecto, d
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	artículo 622, in	ciso 2 del código de co	omercio.	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

1/0 \sim 1/0

acreedor,

será llenado por el

Este pagaré Firma(s): 🗶

のいろので

Stella

Parra

	1/0, Juz Stella (-arra	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	es instrucciones:	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	mádicos adecritos a la inetitución medicamentos daños ocasionados a la inetitución (bienes muebles e inmuebles)
Bogota D.C.,	Kovo 6.	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas,	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A	HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los	No. que en la fecha hemos su	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	El valor del capital será la suma total que por hospitalizac	mádicos adecritos a la institución madicamentos daños o

- médicos adscritos a la institución, medicamentos, darios ocasionidados a la institución (consorcitos a la institución), medicas 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 $\frac{1}{2}$ 0.2 $\frac{1}{2}$ 4 $\frac{1}{2}$ 6 $\frac{1}{2}$ 7 $\frac{1}$

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

irma paciente:	N	Nombre del paciente:
i.C.	de	
irma responsable: Lesmory Layo	de , Boo o fo	Nombre del responsable: 1 Rosman Rayo 6.

nde Prince 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

Batos generales de quierr(es) val(n) A, suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:
Loc
n que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acre
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 de mi petición.
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, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Firma:

Cosmery

5

0>

C.C.:

495454

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

Nombres - Rosmoy - Royco - Control - Royco - R