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

PAGARE No.

264

Vo/nosotros: Daniela Hemandez Gutièrrez
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
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de: Por capital:
ss de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
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
o al tenedor de este pagare, el día de
moratorios a la ta
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este nacase serán do
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impliesto de fimbre, el bay, fuedas
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes dehidos con un año do
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. OUINTO: los honorarios de abocado, 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 عجموه المحافظة
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos nor
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
INACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION TINFANTIL S.A.S.A.S. CONFORMINA S.A.S.A.S.A.S.A.S.A.S.A.S.A.S.A.S.A.S.
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2 del códico de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2 del códico de
CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR OF CONTRACTOR O
Firma(s): Doniela Holey G. No. Ma. Catalina y deg G.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

anb

de

el acreedor,

llenado

Este pagaré

		LINICA EMMNAIIEI CONSOBOTO	WEL INSTITUTION DE DEHABILITACION Y	blanco del pagare distinguido con	CLINICA EMMNAIIEI CONSOBOTO	UEL INSTITUTO DE BEHABILITACION V	A WINDS OF WINDS IN A COOK A C	
Bogotá D.C.,	yo/nosotros, v/o	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA FMMNAIIFI CONCOPCTO	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., V/O EMMANUEL INSTITUTO DE DEHABILITA CALONIO.	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con constante distinguido	No. due en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAIIFI CONSOBATO	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE BEHABILITA SECONDO DE DEMENDE DE DEMENDE DE DEMENDE DE DEMANDE DE DE DEMANDE DE DE DEMANDE DE DE DEMANDE DE DE DEMANDE DE D	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	《《《··································

- 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 (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 ingreso con fecha
 - 3.5
 - Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

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.

ente:	Nombre del responsable: Danielo Holego.
Nombre del paciente: de de	18
Firma paciente:C.C.:	Firma responsable: Donielo Herro'ndez G. C.C.: 1.098, 118, 836 de Ru

Documento Controlado FORMATO PAGARE FR-GFCT-01 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ Página 2 Versión: 01 0

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: 1.098.714,836
Estado Civil: Solit eva
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: [High]Cl
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s): 317 401 4388
Trahajador independiente (profesión u oficio): いつe pendiente
Dirección: CIO 40 # 44-06
Telefono(s): 3154871823
releiono(s).

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

- ⋗ Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- Φ. patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi 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 como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- Ç **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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ö 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.
- ш 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.

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades mediante modelos matemáticos, 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 conclusiones de ellas.

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

9 BonielaHolesa

Firma: