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

<u>.</u>	
<u>Д</u>	
GAR	
M	

209

Yo/nosotros: Dona Mandaya Flore No 5andiago Mandaya
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:
capital:
intereses de plazo:
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,
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO:
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
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, 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
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.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este 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
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
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

suscribe Se la carta de instrucciones, que ф conformidad ۸/٥ Clorez de el acreedor, Mandola será llenado por Firma(s): Norca Este pagaré

hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

		ন >	, a	70	>		
		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		
	X.	L CONS	e distin	JEL CON	NE REHA		
		IMNAUE	l pagar	MMNAU	TUTO D		;
		VICA EN	anco de	INICA	EL INST		
		s a CLI	en bl	or de CI	MMANU	ones:	
	0//	itorizamo:	espacios	rito a fav	., y/o E	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	•
		rmas, au E L S.A.S	sol	nos susc	EL S.A.S	iguientes	٠
		estras fii EMANU I	a llenai	echa her	EMANU	con las s	
		de nu sincia	.S par	ie en la f	NCIAS	onforme	
		e al pie E DEME	IL S.A	ф	E DEME	S.A.S	
		o aparec	INFANT		ONAL D	IFANTIL	-1 2000
 ن	,	(s) come	CION		O NACIO	CION IN	
Bogota D.C.,	yo/nosotros,	entificado STITUTO	BILITA		STITUT	BILITA	
8	λο,	ide IN	Ĭ	8		I	

- 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 Quien REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha

 - 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.

aciente:	espoi isable.
Nombre del paciente:	
610rc2 de	17 5
lontoya Montoya	2
Dova A	267
Firma paciente: Dova Montoya Florec C.C.: firma responsable: United Monto Classes	\/ \x \



Documento Controlado **FORMATO PAGARE** FR- GFCT -01 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

Empresa empleadora: Dirección: Teléfono(s): Trabajador independiente (profesión u oficio): ロロにはらり ちないの しいしゅ おかのしゅ	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
s):	Empresa empleadora:	
	Teléfono(s):	
	Trabajador independiente (profesión u oficio):	20
		i proja

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

- ₽ como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- 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, financieras 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. y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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

públicas competentes el cumplimiento de mis deberes 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 La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada constitucionales legales < tercero, a elaborar estadísticas <

Nombres Dorg Montola florec	sus alcances y sus implicaciones.	Deciaro naber leido cuidadosamente el contenido de esta ciausula y nabería comprendido a cabalidad, razon por la cual entiendo
		azon por la cual entiendo

9 w 702 toy