	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Open management	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 0
AMANUEL INDEPENDENT	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 d

	PAGARE No. 251
Yolnosotros:	Mos Ray Collins
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO:</b> que somos deudores incondicionales de	nos: <b>PRIMERO:</b> que somos deudores incondicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	N INFANTIL S.A.S en ade/ante simplemente el acreedor
por la cantidad de:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	
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,	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 gástos pagáremos intereses moratorios a la tasa de máxima	stos 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	de cobró 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	in, așí como el valor del impuesto de timbre, si hay lugai
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sóbre los intereses pendientes, debidos con un año de	il, sóbre los intereses pendientes, debidos con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fíjada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	) s mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en casc
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	n 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	agaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos poi
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	IICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S <sub>X.</sub> y/o EMMANÚEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	<b>NSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION</b>
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que/ en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	ocumento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del codigo de comercio.	eomercio.

## PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENÀ

hoy

se suscribe

carta de instrucciones, que

conformidad

Firma(s) **Messer Messer Messer** 

150%C

Boaotá D.C.	,
volnosotros, x Plan cu rycort/4/6,00 you Tulian Estaco 2000	160 D Coll
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	NSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar—los espacios en blanco del pagare distinguido con el	stinguido con el
No. que en la fecha hemos suscrito a favor de\ CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	ONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S, y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION 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	os prestados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	nmuebles), copagos
y cuotas moderadores y dendas gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	NICA EMMNAUEL
CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	EL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILISAS; del paciente, SCALON CONTROLL Quien	duien conien
ingreso con fecha 4 bra 1/201X	

or las autoridades monetarias. 3 %

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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:	
C.C. U167108 U	16 Bo2070	
Eirms reconceshie.	Nombro del recessionale.	
200	מווחים שבו ובאסחווא	3
CCOハナロイC CCC: コイク ナクイク	de Royoly	america.



## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Q S	1
FR- GFCT -01	Documento Controlado
Actualización://	Original:21/12/2016
Página 2 de∕Z	Versión: 01

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

Jatos generales, de quien(es) va(n) a suscribir pagaive y carta de instrucciones: vombres: (3/4 か c の エ y C か (	
Cedula de ciudadanía: 416 x 100 0	
Estado Civil: SCDOROSC	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 1000 CCC	
Empresa empleadora:	
Dirección: Callo 24 UOB61	·
Teléfono(s): 9020747	
Γrabajador independiente (profesión u oficio):	

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y dóy 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. HABÍLITACION INFANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: **Y/0** 

Telefono(s):

Dirección:

- ₽ como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo fúturo de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riésgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- œ Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
- $\mathcal{C}$ **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
- Ō necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en Conservar, tanto en (la entidad) cómo en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo los literales B. y E. de esta cláusula.
- ĬШ Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativas a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases dé datos públicas o documentos públicos. comerciales , financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

obligación de indicarme, cuándo yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. es veras, completa, exacta y ecualizada, La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en gualquier tiempo que la información suministrada y en caso de que no lo 582, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la

mediante modeløs matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, seg La autorización anteriór no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada constitucionales egales undo, a verificar por parte de las autoridades tercero, a elaborar

sus alcançés Declaro habe y sus implicaciones. leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por là cual entiendo

CT 3767700

Nombres