Elmination of State o

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

PAGARE No.

084

| YO/NOSOLTOS: TROID CHECTICS NO JULETAL MARTINEZ DIAZ | 7 |
|--|----------|
| identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de | ales de |
| CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o | ·, y/o |
| EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, | reedor, |
| por la cantidad de: | Por |
| capital: | Por |
| intereses de plazo: | Por |
| intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: | 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, | orden, |
| o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO: | S S |
| que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima | náxima |
| autorizada por las autoridades monetarias, TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de | erán de |
| nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar | y lugar |
| de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de | año de |
| anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso | 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. | esorios. |
| SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por | rlos por |
| mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO | ITUTO |
| NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION | ACION |
| INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de | cto, de |
| conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. | |

suscribe Se de instrucciones, que de conformidad de la carta el acreedor, Este pagaré será llenado por

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

3.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 identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION del HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: S.A.S INFANTIL HABILITACION D.C., Bogotá

- 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
- . 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.

| Nombre del responsable: |
|---|
| Hirma responsable: It 140 140 140 140 140 140 140 140 140 140 |
| |

MANUACI nde limina Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Versión: 01

| | FR- GFCT -01 Act | Actualización:// Página 2 de 2 | de 2 |
|--------------------------------------|---|---|--------------|
| Þ | AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES | S CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN TRUCCIONES | |
| Datos g Nombre | Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: | 95: | |
| Cedula | Cedula de ciudadanía: 1072,40156 | | |
| Estado | Estado Civil: CHION LIBPE. | | |
| Parente | Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: ARCETA | | |
| Empres | Empresa empleadora: 645 ECORITY "PEATE" | | |
| Dirección: | ón: | | |
| Teléfon | Teléfono(s): 0316761864 | | |
| Trabaja | Trabajador independiente (profesión u oficio): | | |
| Dirección: | Sn: | | |
| Telefono(s): | o(s): | | |
| Declard CLINI EMMA del créd | 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: | mi consentimiento de expreso e irrevocable a AL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y ANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreec | y/o eedor |
| , A | Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. | nformación relevante para conocer mi desempe de concederme un crédito. | eño |
| .в. | | o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportu rediticias, o de mis deberes legales de conteni | uno |
| · | desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información | diversos datos útiles para obtener una informaci | nòic |
| C. | | manera directa y, también, por intermedio de funciones de vigilancia y control, con el fin de q | e la que |
| D. | estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y fuego suministraria a dichas centrales. 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. | on las centrales. on las debidas actualizaciones y durante el perio los literales B. y E. de esta cláusula. | odo |
| iu iu | 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. | a mis solicitudes de crédito como otros atenuani ómicas que yo haya entregado o que consten | ites en |
| La auto | La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada | cualquier tiempo que la información suministra | ada |
| es vera rectifica | 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 indicarma cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desampeño creditició durante hos seis meses anteriores | se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir oco liberará a las centrales de información de | e la |
| obligac | obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores | empeño crediticio durante los seis meses anterio | res |

Firma:

TROLA

CPEDIA

Č

C.C.:

470.75

Nombres

ROLA

GNSTANZA

てかりてす

CHREMES

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,

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