FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS  Documento Controlado Original:21/12/2016 Versión:	FORMATO PAGARE PARA PAC  Clinical  Clinical  Documento Controlado  Original:21/
FORMATO PAGAI Documento Controlado	Doc
	Service Servic

PAGARE No.

Nos identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de Por Por Por 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. EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, 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, 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 debidos con un año de 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 QUEST! SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Andrão 253 de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, 1 atlana del año 0// conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: 600,000 AG [1/10119 el día Será Ilensa cuenta si fuere necesario. o al tenedor de este pagare, Yo/nosotros: NUMAM intereses de plazo: otros gastos:\_ INFANTIL

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

Se

dne

instrucciones,

de

carta

Ø

conformidad

ф

acreedor,

Ð,

pagaré

Firma(s):

Ж	Bogotá D.C.,										
8	yo/nosotros,				Sp.	0/k			1		
<u>ĕ</u> .	entificado(s) cor	no aparece al	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	as firmas,	autoriz	amos a (	CLINICA	EMMNAUEL	CONSORC	NO y/o	ത
Ħ	ISTITUTO NAC	<b>IONAL DE D</b>	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ANUEL S.	A.S., Y.	O EMMA	NUEL IN	ISTITUTO DI	E REHABILI	TACION	<b>&gt;</b>
Ī	<b>ABILITACION</b>	INFANTIL	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	llenar lo:	s espa	icios en	blanco	del pagare	distinguid	0 00	a
ž			que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	a hemos s	uscrito a	a favor de	CLINIC	A EMMNAUL	EL CONSOR	CIO V/o	Ø
	ISTITUTO NAC	TONAL DE D	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ANUEL S.	A.S., y,	O EMMA	NUEL IN	ISTITUTO DI	E REHABILI	ITACION	<u>&gt;</u>
Ī	ABILITACION 1	INFANTIL S.A	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	las siguie	ntes inst	rucciones					
7:	El valor del cap	ital será la sun	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	hospitaliza	ación, co	insulta prik	oritaria y l	nospital día, se	ervicios presta	ados por	los
	médicos adscrit	os a la instituci	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	os, daños o	casiona	dos a la in	stitución (	bienes mueble	es e inmueble	es), copa	gos
	y cuotas mode	radores y dema	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	: haya incu	urrido po	or concept	o de la pe	rmanencia en	CLINICA E	MMNAU	
	CONSORCIO	y/o al INSTI	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	AL DE DEI	MENCIA	S EMAN	UEL S.A.	S., V/O EMM	ANUEL INST	TITUTO	Ш
	<b>REHABILITA</b>	CION Y HABIL	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente_	NTILS.A.	S; del pa	aciente				nb	quien
	ingreso con fecha	ha	,							-	
7	Intereses de plazo:	azo:		- *							
e,	Intereses de m	ora a la máxim	Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	por las au	toridade	s monetar	ias.				1

Myram Ullana Conzalet

Nombre del responsable:

de

STANDARD CO.

Firma responsable: C.C.: \$2 412 067

Firma paciente:

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 paciente:

ф

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a



## 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 SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

<ul> <li>D. 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.</li> <li>E. 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</li> </ul>		significativa.  C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la <b>SUPERFINANCIERA</b> 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.	<ul> <li>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.</li> <li>B. 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</li> </ul>	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:	Dirección:  Telefono(s):	Trabajador independiente (profesión u oficio): ငြက်ကြ (ဝ ဇဲလ	I	Empresa empleadora: Whith cy  Dirección: KV-86 CII 99.	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hamo	Estado Civil: ( anches	Cedula de ciudadanía: 52-412 じらす	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 건식いなか (こしゅうら、 らってるしま つらす・
--	--	---	--	--	--------------------------	--	---	--	--	------------------------	----------------------------------	--

Firma:

C.C.:

S21412.007

of up sangle

Nombres

Terram

1 (and

DONNO

5

Post

sus alcances y sus implicaciones

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores