## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/ Documento Controlado -01 FR- GFCT nde Promos

Página 1 de 2

Versión: 01

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,** Nos 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 Po Por 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 SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima quedado al acreedor facultando para pagarlos por 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, de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, 061 PAGARE No. del año SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:\_ 25 o al tenedor de este pagare, el día intereses de plazo: cantidad Yo/nosotros:\_ otros gastos:

π

capital:

REHABILITACION )/o suscribe CONSORCIO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO dne identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE de instrucciones, carta Ø ۰ ۲ de conformidad será llenado por el acreedor, de 3 5/80 D.C., Este pagaré Firma(s): Bogotá

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.

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 CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ngreso con fecha

en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al

distinguido

pagare

del

blanco

en

espacios

sol

llenar

para

S.A.S

INFANTIL

HABILITACION

dne

INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y

HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:

- 7. 6
- 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 se haya hecho abono a tal cuenta. cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que 2

Nombre del paciente:	Nombre del responsable: Cally after Carl
ilrma paciente:	irma responsable: fortuna variante por No. 1.17574899999999999999999999999999999999999



## nde missa Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Actualización: --/--/-Original:21/12/2016 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

Datos gene Nombres:	Datos generales de quien(es) <u>ya(n)</u> a suscribir p <del>aga</del> re y carta de instrucciones:
Cedula de	Cedula de ciudadanía: バンドタ 899
Estado Civil:	vil: Chibre
Parentesco	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: PO O O C
Empresa ei	Empresa empleadora: Yaxis Libres
Dirección:	
Teléfono(s):	s): 320 YY1 76 11
Trabajador	Trabajador independiente (profesión u oficio): <u> </u>
Dirección:	
Telefono(s):	s): 82047/76//
Declaro qu CLINICA EMMANUI del crédito	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la <b>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.</b> o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:
	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor mi canacidad de nago o nara 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 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
<b>ω</b> 0	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos utiles para obtener una informacion significativa.
<b>.</b> О	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
J	estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego 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.
	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.
La autoriza	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras, o	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 redificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tamposo liberará a las controles de información de la
obligación	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores
obligation	i de indicarme, cuando yo io pida, quien consulto nii filstoria de desemberio crediticio difante los seis ineses anteriores

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

Firma:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.