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

30 1550 0/% Por 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 Por Por Б Nos de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de somos deudores incondicionales de EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, 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 anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso 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, INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO**: que somos deudores incondicional **CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.,** 2 155 PUNCHO 1 PAGARE No. del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Infan Consue o al tenedor de este pagare, el día g Yo/nosotros: Hiloci intereses de plazo: cantidad otros gastos:_

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

Se

dne

instrucciones,

qe

carta

<u>a</u>

conformidad de

de

será llenado por el acreedor,

pagaré

Firma(s): ַ

Consue

%

There

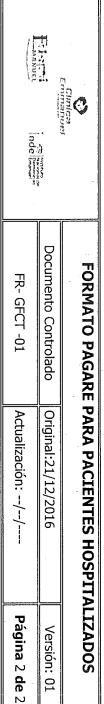
Bogotá D.C.,		2	
yo/nosotros,		ο/λ	
identificado(s) co	omo aparece al pie de nuestras firmas	, autorizamos a C	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NA	CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S	.A.S., y/o EMMAI	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION	INFANTIL S.A.S para llenar lo	s espacios en	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
No.	que en la fecha hemos	suscrito a favor de	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NA	CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S	A.S., y/o EMMAI	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	intes instrucciones:	
 El valor del ca 	pital será la suma total que por hospitaliz	ación, consulta prio	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
médicos adscr	itos a la institución, medicamentos, daños	ocasionados a la ins	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
y cuotas mode	eradores y demás gastos que se haya inci	urrido por concepto	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 DE	MENCIAS EMAN	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITA	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	.S; del paciente	guien
ingroup and proper	C40		

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.

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Intereses de plazo:

3 %



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

Firma:

DARCINA

C.C.:

80%

Nombres

A BOK

sus alcances y sus implicaciones.

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 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