HOSPITALIZADOS	Versión: (	Página 1 c
PARA PACIENTES	Original:21/12/2016	Actualización://
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Documento Controlado	FR- GFCT -01
Clinical	f. (Processes and )	Indelgrammer and strainers

Página 1 de 2

Versión: 01

HAGAKE NO. 140	
٧ö	es 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,	edor,
por la cantidad de:	Por
capital:	Por
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,	rden,
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO:	::0
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	ixima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	in de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	io de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	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.	orios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	s por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	010
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NOI
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	o, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

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

D.C.,

Bogotá

suscribe

Se

de instrucciones, que

<u>a</u>

conformidad de 0//

qe

por el acreedor,

Firma(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este pagaré

×	yo/nosotros,y/o	
₽.	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	SORCIO y/o al
Ħ	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ABILITACION Y
I	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	inguido con e
Ź	No que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	<b>ISORCIO</b> y/o al
F	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ABILITACION Y
I	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
	《《《《》《《《》《《《》《》《《》《》《《》《》《《》《》《《》《》《》《》《	
<del>,</del> i	1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	prestados por los
	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	nuebles), copagos
	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	ICA EMMNAUEL
	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	INSTITUTO DE
	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	quien
	ingreso con fecha	
7	2. Intereses de plazo:	
ω.	3. 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 paciente:		George Nombre del responsable: Hanke files is
-		three force
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: C.C.: <i>名</i> イゴンイ



## nde miss 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

Datos generales de que Nombres: An Consultar, e como deudo B. Reportar a la como sobre patrimonial o desempeño	Datos generales de quien(es) ya(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  Nombres:
Trabajador in Dirección:	independiente (profesión u oficio):
Telefono(s):	
CLINICA E EMMANUEL del crédito so	e la información que ne (mos) suministrado es veridica y doy mi consenumiento de expreso e irrevocable a la EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor solicitado, para:
	onsultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño omo deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
	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 mis desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información información.
C. Env est	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.
D. Cor	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.
E. Sul ar reg	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 er registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autorizaci es veras, con	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 información de la correctiones efectuadas.
obligación de	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

Firma:

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