Cloudes	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
e e	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de 2

PAGARE No.

YO/nosotros: NE/104 PUBG NO MARCH FERMALLA PUBIOR
como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: P
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUCIO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
capital:
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
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,
o al tenedor de este pagare, el día de de de de 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
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de
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.
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
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuésto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.
Firma(s):
ré será/llenado por el acreedor, de confo

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bo,	Bogotá D.C.,											÷		
/ 0/	yo/nosotros,					0/A								
ide	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	to aparece al	pie de nuest	ras firma	s, auto	rizamos	a CLI	NICA	EMMN	AUEL	CONS	ORCIO	0/A	70
Ĭ	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ONAL DE DE	EMENCIAS EN	AANUEL	S.A.S.,	y/o EM	MANU	E IN	STITU	5 E	REHA	BILITA	CION	>
4	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INFANTIL	S.A.S para	llenar	los es	pacios	en bl	anco	del	agare	distin	oping	con	a
Š		. 91	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	tha hemos	suscrit	o a favor	. de C	LINIC	A EMM	NAUE	CONS	SORCIC	0//0	ro
Ĭ	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ONAL DE DE	EMENCIAS EN	AANUEL	S.A.S.,	y/o EM	MANU		STITU	0 DE	REHA	BILITA	CION	>
¥	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	NFANTIL S.A.	S conforme co	n las sigui	ientes ir	struccior	Jes:							
										ì				
Τ.	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	tal será la sum	na total que por	hospitali	ización,	consulta	priorita	ıria y h	ospital	día, ser	vicios p	restado	s por !	os
	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	os a la institucio	ón, medicamen	tos, daños	s ocasio	nados a la	a institu	Jaión (oienes r	nueble	s e inmu	rebles),	copag	os
	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	adores y demá	is gastos que s	se haya in	currido	por conc	epto de	e la pe	manen	cia en	CLINIC	A EMIN	NAU	ᇳ
	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	/o al INSTIT	UTO NACION	IAL DE D	EMENC	IAS EM	ANUEL	S.A.S	0/A	EMMA		INSTIT	010	Щ
	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente_	ION Y HABIL	ITACION INF.	ANTILS.	4.S; del	paciente				-			quien	G
	ingreso con fecha_	la			1 4			•						
ر.	Intereses de plazo:_	zo:												
mi	Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	ra a la máxima	a tasa permitida	a por las a	autorida	des mone	etarias.							

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.

iente:		ponsable:	
Nombre del paciente:		Nombre del responsable:	B06014
	de de	ble: NG/SDU 1113,0	9.424 797 de
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: _	C.C.:



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado 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

Firma:

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

200

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