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

PAGARE No.

059

10/1050H05.
identificado(s) como aparece al pie de mí (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,
por la cantidad de:
Capital:
intereses de plazo:
a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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 díadede
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 ímpuesto 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 dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

hoy suscribe carta de instrucciones, que se <u>0</u> ф conformidad ф acreedor, por llenado será pagaré Firma(s): Este

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

ا ال څخوره				
		0//		
yo/nosotros,	yo/nosotros,	rmas, autorizamos a CI	LINICA EMMNAUEL CO	NSORCIO y/o a
INSTITUTO NA	INCHIBITION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	EL S.A.S., y/o EMMAN	IUEL INSTITUTO DE RE	HABILITACION Y
HABII TTACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con e	r los espacios en	blanco del pagare di	stinguido con e
	gue en la fecha hei	mos suscrito a favor de	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a	ONSORCIO y/o a
INSTITUTO NA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	EL S.A.S., y/o EMMAN	IUEL INSTITUTO DE RE	HABILITACION
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	siguientes instrucciones:		

- 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 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 DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha , i
- Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 3. 5.

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:	Mambre del resonneable Flath Home.	20 pola
	Beatin Lanne	de



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 generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	rta de instrucciones:
Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	

del crédito solicitado, 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 para:

- como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- œ desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, 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 completa actualizada y exacta de mi
- ${\displaystyle \bigcirc}$ **SUPERFINANCIERA** 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. la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ö 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.
- П a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

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 informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

sus alcances y sus implicaciones.	Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
	izón por la cual entiendo

Firma:

Nombres

193