Chouse and	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ALIZADOS
Commence out:	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde Branco	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

206

PAGARE No.

Volnosotros: Patrain I Buz Mar 3; No Jehon Sebastian Salamana Par	a Res
, declaramos: P	,
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:Por	
intereses de plazo:	
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	
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,	
o al tenedor de este pagare, el día 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 dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

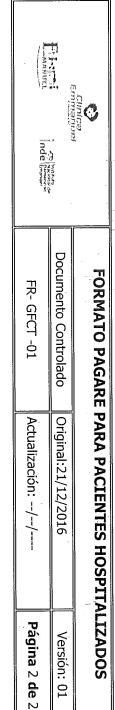
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Firma(s): 18 tons - The Monts - 1/0 Thin Selves ton Salarman Luz. Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy

Bogotá D.C.,			
yo/nosotros,		λ/0	
identificado(s) como INSTITUTO NACIO	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	autorizamos a CLINICA El A.S., y/o EMMANUEL INST	1 AMNAUEL CONSORCIO y/o al ITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION II	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare	espacios en blanco d	el pagare distinguido con el
No.	que en la fecha hemos si	uscrito a favor de CLINICA	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIO HABILITACION INF	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:	A.S., y/o EMMANUEL INST thes instrucciones:	ITUTO DE REHABILITACION Y
 El valor del capital 	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	ción, consulta prioritaria y hos	oital día, servicios prestados por los
médicos adscritos y cuotas moderad	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	icasionados a la institución (bie rrido por concepto de la perm	nes muebles e inmuebles), copagos anencia en CLINICA EMMNAUEL
CONSORCIO y/	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	MENCIAS EMANUEL S.A.S., 5: del paciente	y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
ingreso con fecha			
3. Intereses de mora	Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	coridades monetarias.	
Así mismo me (nos) c	Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a	le las cobranzas prejudicial y ji	udicial en caso de que haya lugar a
ello. El pagare será lle no es cancelada en su	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.	es, si al momento de la salida Le se haya hecho abono a tal c	del paciente ya nombrado la cuenta uenta.
Firma paciente:		Nombre del paciente:	
C.C.:			

Nombre del responsable:

Firma responsable: C.C.: 35507



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

,		
-		Dirección:
		Trabajador independiente (profesión u oficio):
		Teléfono(s):
	And the second s	Dirección:
		Empresa empleadora:
	Madre.	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
		Estado Civil: イロミロのか、
		Cedula de ciudadanía: <u> </u>
	a de instrucciones: プレン	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 上のたらんに エカモら といこ M (ガゼニ

≯ Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño del crédito solicitado, para:

- ₽ como deudor, mi capacidad de pago o para 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 patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
- \cap Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la **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.
- D necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ĬШ 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.

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

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 mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

Of The Dur Marion	sus alcances y sus implicaciones.	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiend
2		haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiend

Firma: 08.6 8. S lins Canil