City	Choice Choice	FORMATO PAGARE PARA PACIENT	PARA PACIENT
	A few times	Documento Controlado	Original:21/12/201
Anna WARNEL	nde mano	FR- GFCT -01	Actualización:/

Página 1 de

Versión:

9

ES HOSPITALIZADOS

であってい identificado(s) como aparece al pie de mi (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** Por nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar 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 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 Por Por que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, 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, SEGUNDO: autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare 2000 188 de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, PAGARE No. del año intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: 2000 B o al tenedor de este pagare, el día nnas intereses de plazo: cantidad otros gastos: Ø capital:

hoy suscribe de instrucciones, que se carta Ö de conformidad de por el acreedor, pagaré será llenado

conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

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 que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y distinguido pagare del blanco HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: e espacios o' % sol para llenar S.A.S INFANTIL HABILITACION D.C., Bogotá

- 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 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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo: 2 8

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a será llenado de acuerdo con estas instruccioñes, 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. ello. El pagare

·e:		Nombre del responsable: CECI/ICI GATCAC CAUNITAM
Nombre del paciente:		Nombre del respons
	de	of Carel
Firma paciente: $\overline{\mathcal{C}}$	C.C.:	Firma responsable: