Chinical Chinical Chinical	· FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ALIZADOS
TASTANA DE COMPANY	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de 2

PAGARE No.
YO/nosotros: MONGAIDE COMORCO W. WO GAIGEL 832 DE
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de:
ss 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 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.

hoy suscribe dne instrucciones, qe carta <u>a</u> y/o conformidad de acreedor, de por el llenado será pagaré Firma(s): Este

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

ABILITACION INFANTONSTITUTO NACIONAL DABILITACION INFANTII	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a C INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAI HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en No	autorizamos a CLINICA EN  "S., y/o EMMANUEL INST  espacios en blanco de scrito a favor de CLINICA I  "S., y/o EMMANUEL INST  es instrucciones:	yo/nosotros, 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 HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No 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 HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las 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 ins y cuotas moderadores y CONSORCIO y/o al IN REHABILITACION Y HA	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la in y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concept CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN REHABILITACION Y HABILLITACION INFANTILS.A.S; del paciente	asionados a la institución (bie rido por concepto de la perma ENCIAS EMANUEL S.A.S., 9; del paciente	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

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo: ingreso con fecha 3.5

Nombre del paciente:		
Firma paciente:	C.C.:	

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.

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

Nombre del responsable:

Firma responsable:

. .

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

Versión: 01

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:  Nombres:	a 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):	

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 del crédito solicitado, para: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor

- 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
- В 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 mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno
- $\mathcal{C}$ 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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- $\Box$ 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.
- Ш 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

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

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo