FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Documento Controlado Comca

Versión: 01

Anthropia Inde Branco	FR- GFCT -01	Actualización:// Pági	Página 1 de 2
		PAGARE No.	
Yo/nosotros: No hora Olice	horachieda feon D.	" Diego Alexis Ballester	allestere
identificado(s) como aparece al pie de n CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO	mi (nuestras) firma(s), declaramos O y/o al INSTITUTO NACIO	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: ode somos deudores incondicionales de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S v/o	onales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABI	ILITACION Y HABILITACION I	ITTUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	acreedor,
por la cantidad de:			Por
capital:			Por
intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autoriza	a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	.5:	
otros gastos:			Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinerc	o al acreedor en sus oficinas de Bo	dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,	su orden,
o al tenedor de este pagare, el día		del año SEGI	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las	s obligaciones insultas y los gastos	que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	e máxima
autorizada por las autoridades monetar	rias. TERCERO: que en caso de c	autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	sėrán de
nuestro cargo los gastos y costos que p	oor dicha cobranza se ocasionen, a	nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	hay lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de	e la respectiva demanda judicial, s	partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	ın año de

suscribe Se dne de instrucciones, será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta Geryld. Este pagaré Firma(s):

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.

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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

		CONSORCIO y/o	KEHABILII ACION distinguido con	. CONSORCIO y/o	REHABILITACION		-	vicios prestados por i	e inmuebles), copag	
		INICA EMMNAUEL	JEL INSTITUTO DE planco del pagare	CLINICA EMMNAUEL	JEL INSTITUTO DE			aria y nospital dia, sen	tución (bienes muebles	, as cisasasasas al ol
	ν/ο	nas, autorizamos a CL	los espacios en b	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o	L S.A.S., y/o EMMANU	juientes instrucciones:		alizacion, consulta priorit	ios ocasionados a la instit	inclusion nor concepto d
		identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE KEHABILITACION HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con	que en la fecha hem	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:		1. El Valoi del Capital sera la suma total que por nospitalización, consulta prioritaria y nospital día, servicios prestados por l	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copag	Vicinities moderadores y demás partos que se transitio de la companya de la companya de la companya establisha
		omo aparece	CLONAL DE INFANTI	,	CIONAL DE	INFANTIL	- \(\text{in } \)	ipitai sera la	ritos a la insti	b v gordere
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) co	HABILITACION	No.	INSTITUTO NA	HABILITACION		1. El valor del Ca	médicos adscr	bom setoro v

₹ 37 6

l (G

 \succ

- 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
 - 2. %
 - Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

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. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a

Nombre del paciente:		Nombre del responsable:
Firma paciente: $\mathcal{V} \circ \mathcal{VOTF}$	C.C.:	Firma responsable: 20 w 12 of 1309 plan Nombre del responsable:



Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

Nombres: 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	Datos generales de quien(es) $\sqrt{a}(n)$ a suscribir pagara y carta de instrucciones: Nombres: \sqrt{b} \sqrt{a} \sqrt{a} \sqrt{b} \sqrt{a} \sqrt{a} \sqrt{b} \sqrt{a} \sqrt{b} \sqrt{a} \sqrt{a} \sqrt{b} \sqrt{a}
Parentesco o	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \$\int \alpha \gamma \alpha \gamma \alpha \rightarrow \alpha \righ
Empresa empleadora	pleadora: $hogor$
Teléfono(s):	31386
Trabajador in	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: Telefono(s):_	
Declaro que CLINICA EI EMMANUEL del crédito so	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 del crédito solicitado, para:
A. Cor	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Renortar 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 patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mis describedos de babas cruzados y procesado diversos datos útiles para obtener una información
des sign C. Env SU	desempeño como deudor despues de haber cruzado y procesado diversos datos utiles para obtener una información significativa. 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
D. Cor	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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.
E. Sur an reg	Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autorización es veras, comprectificación y obligación de inde mi petición.	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 de mi petición.

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

Firma:

Nohora

C.C.:

9

sus alcances y sus implicaciones.

2000a

25

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.