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

PAGARE No.

163

2

YO/nosotros: Hartha LiBia toro tloraz 1/0 Exika Hadina Toro	0
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	nales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	S., y/c
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor	creedor
por la cantidad de:	Po
capital:	ē
intereses de plazo:	Po
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	- Q
otros gastos:	No.
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	u orden
o al tenedor de este pagare, el día de SEGU	SEGUNDO
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	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	ay lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	, año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en casc	en casc
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios	esorios
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	arlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	TTUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	ecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	•

suscribe Se carta de instrucciones, que <u>a</u> conformidad de será llenado por el acreedor, de Firma(s): Este pagaré

hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

D.C.,

Bogotá

		Tanana and a second			
ς,	yo/nosotros,			0/\lambda	
ğ	entificado(s) como	aparece al p	pie de nuestras fin	mas, autorizamos a CLI	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
F	STITUTO NACIC	NAL DE DEN	MENCIAS EMANUE	IL S.A.S., y/o EMMANUI	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
Ĭ	ABILITACION I	NFANTIL S	A.S para llenar	los espacios en bla	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
ž)	que en la fecha hen	los suscrito a favor de CI	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
	ISTITUTO NACIC	NAL DE DEN	MENCIAS EMANUE	L S.A.S., y/o EMMANUI	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
ĭ	ABILITACION IN	FANTIL S.A.S	conforme con las si	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
⊢ i	El valor del capita	il será la suma	total que por hospi	talización, consulta priorita	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	η, medicamentos, da	ños ocasionados a la institu	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
	y cuotas moderac	dores y demás	gastos que se haya	incurrido por concepto de	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL
	CONSORCIO y/	o al INSTITU	JTO NACIONAL DE	DEMENCIAS EMANUEL	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
	REHABILITACIO	ON Y HABILIT	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	S.A.S; del paciente	quien
	ingreso con fecha				
5.	Intereses de plazo:_): 			
e,	Intereses de mora	a a la máxima t	tasa permitida por la	3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	

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.

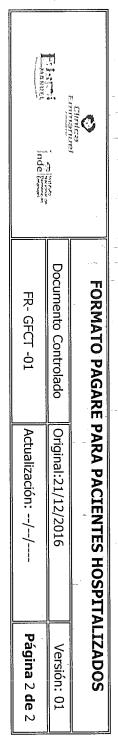
Nombre del responsable: Maytha

Firma responsable: The C.C.: 3556086

Firma paciente:

Nombre del paciente:

e



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: Nombres: トロルム しょらは てついこ モーロックと	
Cedula de ciudadanía: 35536086.	
Estado Civil: C. 1160	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hadve	
Empresa empleadora: Sode KO	
Dirección: Advopuarto CII 132 D 4 147 A 31 B. Lisboa.	s Boa.
Teléfono(s): 3(の 5233822	
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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:	expreso e irrevocable a la S EMANUEL S.A.S., y/o n sea en el futuro el acreedor
 A. 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. 	para conocer mi desempeño rédito.
B. 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 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	ore el cumplimento oportuno eberes legales de contenido la actualizada y exacta de mi ara obtener una información
significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y también, por intermedio de la	nbién, 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.	a y control, con el fin de que
D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo	zaciones y durante el periodo
necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes	esta cláusula. rédito como otros atenuantes
	entregado o que consten en
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	e 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	le 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	ntrales de información de la ante los seis meses anteriores

Firma:

O

.:

Nombres

Tatio

501017

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,

de mi petición.

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