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

187 PAGARE No.

Página 1 de

 \sim

Nos 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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,** Po 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, 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 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 de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. 695995 70% del año intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias; (1987/20 JENNITER CHRONDS o al tenedor de este pagare, el día intereses de plazo: cantidad capital:

se será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que Este pagare s Firma(s):_

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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el 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: Bogotá D.C.,

yo/nosotros, CANDEL CANDEL CASTACO y/o 103369599 S

identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a instituto nacional de Demencias EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION HABILITACION INFANTIL S.A.S para

- 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 quien 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 ngreso con fecha
 - Intereses de plazo: 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.

|--|



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado 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

0 0

- Ä 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 o Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- Ŗ. 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 tanto sobre el cumplimento oportuno
- \bigcirc **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. la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ō 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
- ш a mis relaciones comerciales, financieras 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. y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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

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

C.C.:	Nombres	
D32691991	TELESTEC ON WANDER CASTRO	

Firma: