Control of the contro	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
September 1	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Augustus Inde Eranace	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de 2

PAGARE No.

225

Ori he W. En. 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** Po Por Por Nos EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, intereses de plazo: ______intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Dure cantidad otros gastos: ø capital:

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 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 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, del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, o al tenedor de este pagare, el día

suscribe se carta de instrucciones, que de conformidad de la llenado por el acreedor, será Este pagaré Firma(s):🆫

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

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: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION CONSORCIO distinguido In lant (2013) identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL pagare blanco del eu los espacios llenar S.A.S para 0 yo/nosotros, e san Linea Blue INFANTIL HABILITACION D.C.

00

- 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 pacientes El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los ei 1 ingreso con fecha 🛌
- Intereses de plazo:
- 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 paciente:	de	The first the state. Nombre del responsable:
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: * Els Las, Will struct



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ Página 2 de 2 Versión: 01

D.	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos ge Nombre	Datos generales de guien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Cedula c	Cedula de ciudadanía: 60'292.190 A susit.
Estado Civil:	Svil: Chrim Libre
Parentes	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa	Empresa empleadora:
Direcció	Dirección: N.78 + 55 Sur. 11:16 dola Sauces.
Teléfonc	Teléfono(s): 子ヲヮ くんヲタ
Trabajao	Trabaiador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	
Telefono(s):	O(S): The second of the second
Declaro CLINIC EMMAN del créd	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:
≯	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
œ	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
	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información cionificativo
Ç	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
7	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
;	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
ίш	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.

C.C.:

ó, 1

25

0

The s

Nombres

sus alcances

y sus implicaciones.

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,

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

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

de mi petición.