## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado 6, FR- GFCT

Página 1 de 2

2

Versión:

PAGARE No.
10/nosotros: Gabojal Oviz Manhla.
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores inconditionales de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., v/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
a cantidad de:
ntereses de plazo: Por ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Por Por
pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orc
o al tenedor de este pagare, el día de 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. <b>LEKCEKO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de Tuestro catoo los gastos y costos que nor dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar
le él. <b>CUARTO:</b> 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
ni 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.
Firma(s): (Jahray L. M.Z. Land Mr. Cle. 800% OCH.

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

D.C.,

Bogotá

suscribe

Se

dne

instrucciones,

в

carta

<u>a</u>

de conformidad de

B

pagaré

Firma(s):

CONSORCIO y/o al REHABILITACION identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: ە' |} Kantila S (4) (Japria) yo/nosotros,

- 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 (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL Desco
  - 3. %

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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:		
C.C.:		e	
Firma responsable: Odly SALK MZ ANN (R.	Nombre del responsable:	Jabrie	CNE.
06 K.	Bao a.	,	



## nde mes Documento Controlado **FORMATO PAGARE** FR-GFCT-01 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Página 2 Versión: 01 de

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

 $\circ$ 

20

Datos generales de quientes) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones; Nombres: (つんつが、 そのひょくひん しか そ しのれつ (人)
Cedula de ciudadanía: XOO90614.
Estado Civil: UNSCOO.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: 1 Vogeo 60 mbio.
Dirección: (alla (00 # 13 - 21 X 80 5.
Teléfono(s): 316-6910156,
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
The second secon

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 como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito
- ġ Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, 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
- $\circ$ 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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- Ö necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- Ш registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. a mis relaciones comerciales, financieras Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de ם

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

C.C.: Nombres sus alcances y sus implicaciones. 2