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

Página 1 de 2

Versión: 01

PAGARE No.	123
vo/nosotros: The Beelle, Creecesus 10 Theira 1	Deceles
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionáles de	s 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.	IS EMANUEL S.A.S., y/o ante simplemente el acreedor.
por la cantidad de:	Por
capital:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	Nos
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,	22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día de	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	oratorios 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	licial 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	ouesto de timbre, si hay lugar
de el. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	entes, 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	norarios 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.	ibligación más sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	ORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	TACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	mpartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo <u>622, in</u> ciso 2 del código de comercio.	
Firma(s): O ha Dellelle, Green 1/10	
Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy	nes, que se suscribe hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

Se

D.C.,

Bogotá

>	yo/nosotros,	V/0	
.≌	lentificado(s) como a	aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
H	NSTITUTO NACION	IAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o E	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
يبلي	IABILITACION IN	FANTIL S.A.S para llenar los espacios	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
2	0.	que en la fecha hemos suscrito a fav	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
 	NSTITUTO NACION	IAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o E	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
1	ABILITACION INF	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	ones:
, i	El valor del capital s	será la suma total que por hospitalización, consult	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	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
	y cuotas moderado	res y demás gastos que se haya incurrido por cor	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 EI	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
	REHABILITACION	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente_	e
	ingreso con fecha		•
2.	Intereses de plazo:_		
~	Intereses de mora a	3 Intereses de mora a la máxima tasa narmitida de antocidados mondas	

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:

Firma responsable: C,C.: 4/3

Firma paciente:

Nombre del paciente:

ф



Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES Original:21/12/2016 **HOSPITALIZADOS** Versión: 01

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

FR- GFCT -01

Actualización: --/--/--

Página 2 de

2

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 anteriore de mi petición.	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada	 E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconón registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. 	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y dur necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula	significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de ma SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen fu	B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o se como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones creo patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado div	 A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para o como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. 	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:	Telefono(s):	Dirección:	Telefono(s):	Dirección: Call. 1617 # 1817 4	Empresa empleadora: Sellai Onella	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\frac{1}{1}$	Estado Civil: - Sel Deucela	Cedula de ciudadanía: 41349805 13/cc	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
co de que no lo sea, a que se deje constanta de no desacuerdo, a exigir s ciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de l consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriore	il derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrad	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.	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.	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	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 m desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información	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.	strado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor				100 0000000000000000000000000000000000	rader	iente: Normana	8	5 B/a	are y carta de instrucciones:

Firma:

rucena

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Nombres

E

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