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

 \sim

PAGARE No. 273	-20 //
Yo/nosotros: 17/1/10 15/10/15	2
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	condicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	L S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	ente 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,	3, o en su orden,
↑ 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	

os Ľ, 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 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 esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima 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 de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. que a partir

suscribe se dne carta de instrucciones, N 7/1/2 you <u>0</u> acreedor, de conformidad de ē 701 pagaré será llenado por Firma(s):_

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá D.C.,			
yo/nosotros,		ο/λ	
identificado(s) como	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	, autorizamos a CLINICA EM	IMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIO	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	.A.S., y/o EMMANUEL INSTI	ITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION I	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	s espacios en blanco de	pagare distinguido con el
No.	gue en la fecha hemos s	suscrito a favor de CLINICA E	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al
INSTITUTO NACIO	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	A.S., y/o EMMANUEL INSTI	ITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION IN	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	intes instrucciones:	
 El valor del capita 	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	ación, consulta prioritaria y hosp	ital día, servicios prestados por los
médicos adscritos	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	ocasionados a la institución (bier	nes muebles e inmuebles), copagos
y cuotas moderac	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	urrido por concepto de la perma	inencia en CLINICA EMMNAUEL
CONSORCIO y/	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	MENCIAS EMANUEL S.A.S., y	//o EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACIO	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente_	S; del paciente	quien
ingreso con fecha			

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

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Intereses de plazo:

2 %

no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del responsable:

g

 \square

Firma responsable:

C.C.: _

Firma paciente:

Nombre del paciente:

ф



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

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. 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 significativa. C. 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. D. 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 ciáusula. E. 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. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que 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 rectificación y a que se información pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.	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:	Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección:	Dirección: Teléfono(s):	Estado Civil: (ll) by S Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Tady ast y C Finnesco emploadora:	Nombres: ANGEL YEATE Cedula de ciudadanía: 79 401274 BoPota	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:
da la información relevante para conocer mi desempeño futuro de concederme un crédito. tados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno ones crediticias, o de mis deberes legales de contenido n veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi seado diversos datos útiles para obtener una información o de manera directa y, también, por intermedio de la jercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que rarla a dichas centrales. sgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo da en los literales B. y E. de esta cláusula. lativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes ioeconómicas que yo haya entregado o que consten en bilicos. Tampoco liberará a las centrales de información de la le desempeño crediticio durante los seis meses anteriores	/ doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o N INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor			otro		A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN E INSTRUCCIONES Icciones:

Firma:

2

00

7

Rosos

C.C.:

Les

Nombres

HAIGE!

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,

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