	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\LIZADOS
Special and the second	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde Branch	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No.

Bernsini 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,** Nos Por Po Por 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 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 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, SEGUNDO: 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. quedado al acreedor facultando para pagarlos por **S** de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de 129 Giulianz del año SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Dimes Burn Jose o al tenedor de este pagare, el día de. intereses de plazo: cantidad INFANTIL S.A ro/nosotros: otros gastos: <u>n</u> capital:

instrucciones, ф carta Ø conformidad de ф acreedor, क llenado por (Kary) será Este pagaré Firma(s):

conformidad coly o dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Decrosini 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 CONSORCIO y/o al 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 distinguido pagare Giulianz <u>e</u> blanco VOUITA HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: e G ر ا espacios los Bounsta Jaimes llenar para S.A.S Jose INFANTIL IVAN HABILITACION D.C., Bogotá

- 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 CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo: 2. %

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

ente:Nombre del paciente:	de	onsable:	
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable:	

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

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 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
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.
-
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.
 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
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): 4638795
Trabajador independiente (profesión u oficio): (DNT) DNT
→
Dirección: K2 57 A 128 B 61 Apro 202
Empresa empleadora: $S \hat{\mathcal{J}} S$
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: REDIE
Estado Civil: Viûd v
Cedula de ciudadanía: 19, 145, 757 DE BEOTZ
Datos generales de quien(es) $ya(n)$, a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: $ya(n)$, $ya(n)$, $ya(n)$, a suscribir pagare y carta de instrucciones:

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

de mi petición.

Firma:

C.C.:

2

Nombres

José

BOUTSIZ

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.