Per Caracina S	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Special for the second	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
A MARNET INDE	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No.

 \sim

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,** Por Por autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán 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** SEGUNDO: sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima 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 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, INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, 0 del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. GUNERRA el día RANIES o al tenedor de este pagare, que a partir de esta fecha, capital:

de instrucciones, que se suscribe carta <u>0</u> será llenado por el acreedor, de conformidad de pagaré Firma(s):

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

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: que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a **CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o** i **INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION** distinguido pagare blanco del los espacios en llenar Cutie Rate 2 4192 HABILITACION INFANTIL S.A.S para HENRES CU 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 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 paciente ingreso con fecha
- 2. Intereses de plazo:3. Intereses de mora a la má
- 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.

Firma paciente:			Nombre del paciente:		
	6	de			
Firma responsable:	The state of the s		Nombre del responsable:	Nombre del responsable: RAMIRO COTTERRETE	ZREN
C.C.: 3'261993	7	de 21V			
	-				



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-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

Datos gen Nombres:	Datos generales de quien(es) ya(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: とみいえの 十・Gリアに目標でえ
Cedula d	Cedula de ciudadanía: 3267993 de 2;pag.
Estado Civil:	ivil: CASADO
Parentes	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Tie Palitico
Empresa	Empresa empleadora: Pensionedo
Dirección:	TITE # 161-54
Teléfono(s):	(s): 4707535
Trabajad	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	To the second of the second o
Telefono(s):	
Declaro CLINIC	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
del crédi	del crédito solicitado, para:
P	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.
æ	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
Ü	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 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 cláusula.
ίω	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 autor	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras	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
rectifica	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 nida, quien consulto mi historia de decempeño crediticio durante los seis meses anteriores
obligacio	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeno crediticio durante los seis meses anteriores

C.C.: Nombres Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo y sus implicaciones. RAMIRO CLEBBE 3

[mul

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,

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.