Churchen Fernande	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
Spraying Say	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
American Inde Grand	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

TORBES FULLIE 1/10 HONA POILOS	stras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionale al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., ION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acree		
1. TORBES	(nuestras) firma(s) <b>y/o al INSTIT</b> TACION Y HABII	*	
HURNANDO,	omo aparece al pie de mi INAUEL CONSORCIO STITUTO DE REHABILI	ad de:	azo:
	HURNALIDO A. TOLBES PULLIDINO JONA POIDS	十九とんえくらら よ、TOと色も 子はスルシッ。 、 人へん おいらいのの かいの かいん かいん かいん かいん somo aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PRIMERO</b> : que somos deudores incondicionale whauel consorcio y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., ASTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acree	十九とんえくらら よ、TOと色も 子也しいの パロ しん しん しん しん しん しん しん いい しゅう somos deudores incondicionale what consorcion y/o al Instituto nacional De Demencias emanuel S.A.S., ASTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acree dad de:

s de **y/o** dor, Por Por Nos Por Por 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 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: 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 anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. del año conformidad con lo dispuesto construío 622, inciso 2 del código de comercio. de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: o al tenedor de este pagare, el día identificado(s) c CLINICA EMI EMMANUEL IN intereses de pl capital:

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

será henado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que

TOBO PROLES

pagaré

Firma(s):

se suscribe

		UEL CONSORCIO y/o a	<b>J DE KEHABILLI ACION</b> Y gare distinguido con e	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	O DE REHABILITACION		a. servicios prestados por los
		CLINICA EMMNA	AANUEL INSTITUTO in blanco del pa	de CLINICA EMMN	MANUEL INSTITUT	:Se	prioritaria v hospital di
	ο/λ	irmas, autorizamos a	r los espacios e	mos suscrito a favor	EL S.A.S., y/o EMN	siguientes instruccion	oitalización, consulta c
		identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinquido con el	que en la fecha he	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:	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) como ap	HABILITACION INF	No.	INSTITUTO NACIONA	HABILITACION INFAN	<ol> <li>El valor del capital ser</li> </ol>

- 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 quien con fecha  $OS \sim 1220 OE OO$  quien quien médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
  - Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

	. 7002ES	
	KNDO X	7 3. 1 3. -1.
	TEM	
Nombre del paciente:	Nombre del responsable: + FELM NOO 1 . TO PEES	
de de	्र क	-
	Wideb Tope	
Firma paciente:	Firma responsable:	



## 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

La autorización anterior no me impedies veras, completa, exacta y ecualizar rectificación y a que se informa sobiobligación de indicarme, cuando yo lo de mi petición.	estas puedan tratarla, analiz  D. Conservar, tanto en (la entic necesario señalado en sus re E. Suministrar a las centrales de a mis relaciones comerciales registros públicos, bases de	desempeño como deudor de significativa. C. Enviar la información menc SUPERFINANCIERA o las	A. Consultar, en cualquier tiem como deudor, mi capacidad     B. Reportar a las centrales de como sobre el incumplimier catrimonial de tal forma que	Declaro que la información que he ( CLINICA EMMNAUEL CONSORCI EMMANUEL INSTITUTO DE REHAE del crédito solicitado, para:	Dirección: Telefono(s):	Trabajador independiente (profesión u oficio):	Dirección: (♣) 22 4 /3 ( Teléfono(s): (₽)0 (94 / / 2	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora:	Nombres: サモビルムシンの ル アングラ チャルカン.  Cedula de ciudadanía: タッフリア チャルカン.  Estado Civil: メルシンカメ
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 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 de mi petición.	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. 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.	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información 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	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.  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	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la <b>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</b> o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:		9);	-4). 34.	s el paciente: MID/26	Dir pagare y carta de instrucciones:  DIRES PULLISO.  1

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

ログンのつ

Firma:

DACONT

C.C.:

Q

Nombres

かるとなり

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.