FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado R-GC -01 Service and servic

PAGARE NO.

393 F

Página 1 de 2

Versión: 01

identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 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 la cantidad de:
DISTO.
la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
graco. mos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o el o al tenedor de este naciare, el día
obre las obligaciones insultas y los gastos pagar
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 de arregio 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 CONSORCIO
CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMÁNUEL S.A.S., y/o EMMANUEL Instituto de reharbitacion y mari itacton infanti s.a.s.de conformidad con las infancciones que en
documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código
aré será llenado por el acreedor, de conform
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Bogotá,D.C.,vo,
Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
No
Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: 1. 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), conacos y cuotas moderadores y demás pastos mie se bava inclimido por concento de la permanencia en el CONSORCIO.
CLINICA EMMNAUEL y/o ai INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S;
paciente quien ingreso con fecha
 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 sera 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.

N W to

Nombre del paciente: ... Monto

ા કૃ

TOTAL OF TOTAL PROPERTY.	The state of the s	6
FR- GFCT -01	Documento Controlado Original:21/12/2016	FORMATO PAGARI
Actualización://	Original:21/12/2016	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA
Página 2 de 2	Versión: 01	TALIZADOS

	AUTORIZACIÓN PARI	C.C.:	Nombre del responsable:
SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN	de	

Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
Declaro que la información que he (mos) suministrado es	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a a
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITU	CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA	EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro e
acreedor del crédito solicitado, para:	

- Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- \Box información significativa. patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- \cap 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 vigilanda y control, con el fin de que estas puedan trataría, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- Ö periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los ilterales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el
- m atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información los sels meses anteriores de mi petición.

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.

Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta clausula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual

פוינופוזעס	entiento sus attances y sus implicaciones.	acrones.			
Nombres	Bulo Allowa	Apule/o	Cordonas	: .	
0.0	52963 433	0			
Firma:	Suday &	Bruleto C	2		
	2 / 3	1			