Choice	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ALIZADOS
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Link M.	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

_	PAGARE No.
YO/nosotros: * TRANCISCO VIANTINEZ) 1/10	0,
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CITNICA EMANAILEI S A S CONSORCIO CITNICA EMANIEI S CONSORCIO CONSORCIO CITNICA EMANIEI S CONSORCIO CITNICA EMANIEI S CONSORCIO CITNICA EMANIEI S CONSORCIO CITNICA EMANIEI S CONSORCIO CITNICA	MERO: que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	TIL S.A.S en adelante simplemente 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,	O.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el díade	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	remos 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	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	mo 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	os 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	. 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.	bre 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	ledado al acreedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	TO DE REHABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	
Firma(s):	
Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se	rta de instrucciones, que se suscribe hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotà, D.C., yo,
omo aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMN CIONAL DE DEMENCIAS EMANIJEI S.A.S. v/o EMMANIJEI INSTITUITO DE DEHAR
HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
No. due 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
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), copagos y
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHARTITACION Y HARTITACION INSTITUCION SE AS CONTRES AS CONTRES DE CONTRES
indreso con fecha
1. Intereses de plazo:
2. 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: UNI and Martinez Nombre del paciente: JULIAND MARTINEZ G
Firma responsable:
Nombre del responsable: + Red C C MENTIWE T
7917700



Documento Controlado **FORMATO PAGARE** FR- GFCT -01 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

Firma.	C.C.:	sus alcan	La autor para fine públicas mediant	La autorización es veras, comprectificación y obligación de inde mi petición.	ir b C	.B >	Dirección: Dirección: Telefono(s): Declaro que CONSORCI EMMANUEL del crédito so	Datos genera Nombres: A Cedula de ciu Cedula de ciu Estado Civil: Parentesco o Empresa em Dirección: Teléfono(s):
	1 9	sus alcances y sus implicaciones Nombres	La autorización anterior no permite a (la entidad) y a la para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de públicas competentes el cumplimiento de mis debere mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	ización anterior no me i ización anterior no me i ; completa, exacta y ección y a que se informa for de indicarme, cuando stición.	Enviar la información SUPERFINANCIERA estas puedan tratarla, Conservar, tanto en (la necesario señalado en Suministrar a las centra a mis relaciones come registros públicos, bas	Consultar, en cualquie como deudor, mi capa Reportar a las centrals como sobre el incump patrimonial de tal form desempeño como deusignificativa.	Dirección: 4 16 28 22 2 Telefono(s): 3 14 28 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	Datos generales de quien(es) va Nombres: Transporte (es) va Cedula de ciudadanía: 79 Estado Civil: 79 Estado Civil: 79 Parentesco o calidad en la que a Empresa empleadora: 79 Dirección: 79 Transporte (estadora): 79 Transporte
	1072	nte el contenido de esta ciáu	ite a (la entidad) y a las cent evaluar los riesgos de conce miento de mis deberes con conclusiones de ellas.	mpedirá ejercer mi derecho Jalizada, y en caso de que i s sobre las correcciones efo yo lo pida, quien consulto m	Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por int SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, co 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 dura 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 ot a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o q registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para 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 como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actu desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obsignificativa.	in (mos) suministrado es (MAUEL y/o al INSTITEHABILITACION Y HABI	e
	06	sula y haberla comprendido MX \ aUET	rales de información de ries derme un crédito, segundo, stitucionales legales y, tero	a corroborar en cualquier ti 10 lo sea, a que se deje cor 1ctuadas. Tampoco liberará historia de desempeño crec	de riesgo de manera dire cas que ejercen funciones do suministrarla a dichas cen ales de riesgo, con las debidión indicada en los literales datos relativos a mis solicitioneral socioeconómicas que nentos públicos.	riesgo toda la información el riesgo futuro de concede datos, tratados o sin tratar, s obligaciones crediticias, o nformación veraz, pertinent lo y procesado diversos dat	ministrado es verídica y doy mi consent al INSTITUTO NACIONAL DE DE ION Y HABILITACION INFANTIL S.A.	a de instrucciones:
		Sus alcances y sus implicaciones. Nombres + Mallo Contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres + Mallo Contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	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.	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.	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. 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.	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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.	Dirección: 4 28 22 2 Telefono(s): 3 14 28 22 2 Telefono(s): 6 16 7 2 2 2 Telefono(s): 7 14 28 22 2 Telefono(s): 7 14 28 22 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	