Granació Carració Delinica Francisca	FORMATO PAGARI	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
PAREL INDICATE INDICATE INTITUTE INTITU	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización://	Página 1 de 2
		PAGARE No.	В
Yo/nosotros: 13/6, we consider the firmal state of the firmal stat	ras) firma(s), declaramos: PRIMI TUTO NACIONAL DE DEMENC ION INFANTIL S.A.S en ad	y/o ERO: que somos deudores incondicion IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN elante simplemente el acreedor, p	identifica ales de CONSORCIO DEL INSTITUTO DE cor la cantidad de
capital:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	izada por las autoridades monet	tarias:	Por

## pagaré 3Firma(s): será llenado por <u>e</u> acreedor, de y/o conformidad de a carta de instrucciones, que suscribe hoy

en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de

comercio.

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 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 **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.** de conformidad con las instrucciones que

al tenedor de este pagare, el día

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

\_del año\_

SEGUNDO: que a

Nos

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

1 Intereses de plazo:
quien ingreso con fecha
HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente 4/2/1/2 R & 1/1/25 P105 am 6/1/0
y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL
adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos
instrucciones:
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes
hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No que en la fecha
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO
Nosotros,
Bogotá, D.C., yo,

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.

## Versión Página FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Actualización: 94 FR - THRL

de 2

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Blance agean abayo vieto
Cedula de ciudadanía: 52, 499 096
Estado Civil: Cu Sud a
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección: Culle 7 SUV, W. 39, Incitano maidrid
Teléfono(s): 320 90 39957
Trabajador independiente (profesión u oficio): Servicios generales
Dirección:
Telefono(s):

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al 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 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

- 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.
- onial de o como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempes Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportur sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrim deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. B.
  - de **la** SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. información mencionada Enviar Ċ.
    - con las debidas actualizaciones y durante el necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, Ö.
- 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 egistros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. ш

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 rectricación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de inclarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición. autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para oúblicas fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

C V 0 0 Nombres Firma: