## Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado -01 FR- GFCT mile promise

1044

PAGARE No.

Yo/nosotros: . Flance Fixe/of Sights Startes you (Ding Hoxandan Sights)	J. 3.
aramos: P	de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTII S.A.S. en adelante simplemente el acreedor	0/0
por la cantidad de:	, 'o
capital:Por	or
intereses de plazo: Por	oc
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias.	or
otros gastos:	los
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,	en,
o al tenedor de este pagare, el día de de SEGUNDO:	ö
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	Па
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	Jar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	qe
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	20
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	os.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	JO.
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	0
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	Z
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	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 suscribe hoy	ò

No.\_\_\_\_\_\_\_ que 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: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y Wo-Corra Alexandra Subre Sale distinguido CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO del pagare planco eu identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos espacios los Lebrero and llenar para S.A.S ·Blang Ersla INFANTIL d 9 **HABILITACION** D.C., yo/nosotros,

Bogotá

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 El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente Intereses de plazo: ingreso con fecha 3. 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.

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.



## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NG D

Dirección: 32333450 A Suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL I/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:  A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudór, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.  B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, 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 deudór mencionada a las centrales de riesgo datos funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.  C. 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 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 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 información suministrada es mistoria de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi deficiones.	Teléfono(s):	Dirección:	Empresa empleadora: The pence of the	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Cedula de ciudadanía: 51-952.997 Bogo Fri	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 子(ついてっとうとも シルンフ シャット)
--	--------------	------------	--------------------------------------	---	---	--

Firma:

C.C.:

Nombres

6

sus alcances

y sus implicaciones.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula

y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,