Choireann 3	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
CONSTRUCT CL.	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Acceptance nde present	FR- GFCT -01	Actualización:// P	Página 1 de 2
		PAGARE No. 688	
SYON SOND SOND SOND SOND SOND SOND SOND SO	MONTH CONTRACT	Paolo Paro Rodrigato Okelia Silva	Sprink
identificado(s) como aparece al pie de CONSORCIO CLINICA EMMNAUE	mi (nuestras) firma(s), declaramo EL y/o al INSTITUTO NACI	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMANNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	ndicionales de S.A.S., y/o
© por la cantidad de:		bor la cantidad de:	Por
			Por
intereses de plazo:		- Control of the Cont	·Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	zada por las autoridades monetari	as:	Por
otros gastos:			Nos
obligamos a pagar dicha suma de diner	ro al acreedor en sus oficinas de B	a 22 no. 142-63, c	o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día	ap p	del año de	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre la autorizada por las autoridades moneta	as obligaciones insultas y los gasto arias. TERCERO: que en caso de	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	asa de máxima Igare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que	por dicha cobranza se ocasionen, le la respectiva demanda indicial	nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar און אינוי היישברי בי סיבולים באינוי און sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	e, si hay lugar con un año de
anterioridad o más, pagaremos interes	ses a la máxima tasa fijada para la	anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	ogado, en caso
de arreglo directo o de pago a la etapa	a prejudicial, se establecen en un i	de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	sus accesorios.
SEXIO: que seran de nuestro cargo in mi cuenta si fuere necesario. Este i	os Impuestos que causem este pag pagaré será llenado por CONS C	SEXIO: que seran de nuestro cargo los limpuestos que causen este pagare, quedado di defecado para pagamente pa mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANI	UEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	BILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad co	on las instrucciones que en doc	INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el art	lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	comercio.	

hoy suscribe ജ instrucciones, que ф carta <u>a</u> conformidad de qe acreedor, o por será llenado pagaré Firma(s):_ Este

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

COURTED TO THE PAINT BOUND CHOICE JUST KOUTHER
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 e
que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION
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
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copago
y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA

- quien is is EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
 - Intereses de plazo:
 - 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.

no es cancelada en su totalidad, o poi el saldo el caso de que se itaja necio descreta de como en como en como	Firma paciente:		Firma responsable: 1000 Nombre del responsable: 1000 TONO	1(32) (198(102) de
no es ca	Firma pa	0.0.	r Firma re	ر: در:



nde Milia Documento Controlado FORMATO PAGARE FR- GFCT 01 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/--Página 2 Versión: 01 O O

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

X

Datos generates de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	de-instrucciones:
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 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:

- Þ Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- œ. 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- D \circ 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.
- 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, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш a mis relaciones comerciales, Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. 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 y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su as correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la

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 permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

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

/ Firma: CURDY STORY.