## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01 Actualización: --/--/

Página 1 de 2

PAGARE No.

1267 B

ombre del responsable: Alisco Giselle Jorges
irma paciente: 102 Herminda Vargos Nombre del paciente: 122 Herminda vargas
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. sí mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El agare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
descritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas noderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL /o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y ABILITACION INFANTILS.A.S., del paciente ARCION CARACION INFANTILS.A.S., del paciente ARCION CARACION INFANTILS.A.S., del paciente ARCION CARACION INFANTILS.A.S.
istrucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos
emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHARTI TACTON Y HARTI TTACTON INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes
dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL y/o al INSTITUITO IACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NEFANTII S.A.S. nara llenar los esnacios en blanco del pagare distinguido con el No.
ingntá, D.C., yo., Josotros,
Carta de instrucciones para llenar pagare con espacios en blanco
irma(s):
mpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será enado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., V/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que in documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de omercio.
for last sector, so the rast objections insulately to gastos pagatemos intereses moratorios a la tasa de maxima autorizada or lasta activity. So the rast objection insulates of control judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los jastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. <b>CUARTO:</b> a partir le la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos ntereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. <b>SEXTO:</b> que serán de nuestro cargo los
bligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotà D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o I tenedor de este pagare, el día
ntereses de plazo:  ntereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias:  Por ntereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias:  Nos gastos:
LINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE KEHABILLIACION Y HABILLIACION INFANTIL S.A.S en adeiante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por

## nde Demencias FR - THRL - 04 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/---Original: 29/06/2017

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

ien(es) va(n) a susc
Cedula de ciudadanía: 10+352+50\$
Estado Civil: SOLYEXA
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: htdo
Empresa empleadora: 😕
Dirección: Callio #14-67 Fonza
Teléfono(s): 3144307235
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):314 4 307235
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:
<ul> <li>A. 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.</li> <li>B. 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 natrimonial de sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido natrimonial de</li> </ul>
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.  C. 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
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 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.
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 leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
Nombres Alison Giselle Loy995 C.C.: 1673524508

Firma: