	e Chi
nde Samuel	Churca Churca Churca

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

# nde Pranae	Conductor of	Chrica Emnaoues
FR- GFCT -01	Documento Controlado	FORMATO PAGARE
Actualización://	Original:21/12/2016	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
Página 1 de 2	Versión: 01	'ALIZADOS

A CONTRACTOR AND A CONT			
Categories es	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
*	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de
The state of the s		PAGARE No.	
Yo/nosotros:	v mi (nuestras) firma(s) declaramos	Yo/nosotros:	condicionales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAU EMMANUEL INSTITUTO DE REHAI	BILITACION Y HABILITACION I	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 en adelante simplemente el acreedor,	L S.A.S., y/o nte el acreedor,
por la cantidad de: capital:			Por
intereses de plazo:	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	izada por las autoridades monetaria	35:	Por
otros gastos:		And the second s	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dine	ero al acreedor en sus oficinas de Bc	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 en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día .	de	del año	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre l	las obligaciones insultas y los gasto:	que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	tasa de máxima
autorizada por las autoridades monet	arias. TERCERO: que en caso de o	autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	oagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que	por dicha cobranza se ocasionen,	nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	bre, si hay lugar
anterioridad o más, pagaremos intere	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 etap	a prejudicial, se establecen en un 2	de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo	os impuestos que causen este paga	SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	ara pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este	pagaré será llenado por CONSO	mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN	DEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad c	on las instrucciones que en docui	INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	ា tal efecto, de

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Este

pagaré

será

llenado

por 0

acreedor,

de

conformidad

de a

carta

de

instrucciones,

que

se

suscribe

hoy

Firma(s):

conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

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	No. que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al	yo/nosotros,	Bogotá D.C.,
Juientes instru	- S.A.S., y/c	os suscrito a	los espaci	- S.A.S., y/o	nas, autorizar		
icciones:	EMMANI	favor de (os en t	EMMAN	nos a CO	//o	
	UEL INSTITUTO DE	CLINICA EMMNAUEL	blanco del pagare	UEL INSTITUTO DE	NSORCIO CLINICA		
	REHABILIT	CONSORCI	distinguido	REHABILIT	EMMNAUE		Ass
	ACION Y	[O y/o al	con el	ACION Y	L y/o al		

- <u>:-</u> 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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente_____quien El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los ingreso con fecha
- Intereses de plazo:
- ω \sim 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.

Nombre del responsable:	Firma responsable:
Nombre del paciente:	Firma paciente:C.C.:

Chaica Chaica	Tall And Andrews

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

 \sim 9 Versión: 01 Página 2 Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 ocumento Controlado -01 FR- GFCT

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	a 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):	
	The second secon

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 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, B.
- ā **SUPERFINANCIERA** o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que por intermedio también, Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. \dot{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 indicada en los literales Β. y E. de esta cláusula. 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 registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. ш

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 Tsabel Cristina Rodnows Belle C.C.: 41648599 Blad Firms: Saule Rodnows B	3		
	ores Isabel Cristina Rodnpus Bu	Saule Zollange	