

 <b>Centro Clínico Emmanuel</b>  <b>Editorial EMANUEL</b>  <b>Instituto Nacional de Demencias Emmanuel</b>	<b>FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>		
	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	<b>Página 1 de 2</b>

### FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS


Original: 29/06/2017

Actualización: --/--/----

Yo/nosotros: Lidia Cristina Gargan Riveros y/o \_\_\_\_\_ identifica  
do(s) que aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de  
**CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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, por la cantidad  
de: \_\_\_\_\_

1781

Por capital: \_\_\_\_\_  
 Por intereses de plazo: \_\_\_\_\_ Por  
 Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: \_\_\_\_\_ Por  
 otros gastos: \_\_\_\_\_ Nos  
 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 al tenedor de este pagare, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_. **SEGUNDO:** 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 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 EMMANUEL 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 en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

	<b>FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	
	FR - THRL - 04	Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/----
		Versión: 01 Página 2 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: Flora Cristina Garzon Riveros.  
 Cedula de ciudadanía: 52.531.273 Bte  
 Estado Civil: Divorciada  
 Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Mamá  
 Empresa empleadora: Muebles Angel Feliz.  
 Dirección: Calle 43 Sur 79002.  
 Teléfono(s): 3107866761 - 2738119.  
 Trabajador independiente (profesión u oficio): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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.
- Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento 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.
- 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.
- 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 B. y E. de esta cláusula.
- 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.

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: Flora Cristina Garzon Riveros.  
 C.C.: 52531273 Bte.  
 Firma: [Firma manuscrita]