ALIZADOS	Versión: 01	Página 1 de 2
ARA PACIENTES HOSPIT.	Original:21/12/2016	Actualización://
FORMATO PAGARE P	Documento Controlado Original:21/12/2016	
O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	- inde
POLICY (T-tr 72-1

PAGARE No.
YO/NOSOTTOS: KANEN THEMBOYE CANNIED!
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLÍNICA EMMNAJEL v/o al INSTITUTO NACTORAL DE DEMENCIAS EMANAJEL SA O CASA
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de: Por Cantidad
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
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 SEGUNDO:
y los gastos pagaremos intereses moratorios a la ta-
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
antenondad o mas, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para ligada de mora. QUINTO: los honoranos de abogado, en caso de arrecto diserto o de pago a la etapa prejudicial se establecea en un 2004 caba el caso de la caso.
ocentago antena o de pago o se capa pejandan, se exestecan en un zova soure el vaior de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaté, quedado al acceedor facultando nara pagatios por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 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 conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del conformidad con la conformidad con final 622, inciso 2 del conformidad
aré será llehado por el acreedor, de confo

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

de instrucciónes, que se suscribe hoy

4 Revision V/o Nosotros	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 el No	1.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), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permariencia 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 ingreso con fecha. L. Intereses de plazo:	2. 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.	
Bogotá, D.C., yo, 4	identificado(s) como aparece al pie de n INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS HABILITACION INFANTIL S.A.S pa No. INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS HABILITACION INFANTIL S.A.S conform	i.El valor del capital será la suma total que médicos adscritos a la institución, medicame cuotas moderadores y demás gastos que se EMMNAUEL, y/o al INSTITUTO NACIO REHABILITACION Y HABILITACIÓN ingreso con fecha I. Intereses de plazo:	 Intereses de mora a la máxima tasa pern Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pa ello. El pagare será llenado de acuerdo con e no es cancelada en su totalidad, o por el salo 	

de_Bogo\$& O

1031.138.52

C.C.:

9

40

ö

Nombre del responsable:

Firma responsable: "

The state of Sminger Chruces nd of the second Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/---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

CC:	Declaro haber te sus alcances y s	La autorización : para fines difere públicas comper mediante model	La autorización es veras, comples veras, compler rectificación y a obligación de invite mi petición.	estas D. Conse neces Sumiri a mis regist	desempeño significativa C. Enviar la in SUPERFIN	A. Consu como B. Repor como patrin	Nombres: Cedula de ciudadanía: Estado Civil: Parentesco o calidad en la Empresa empleadora: Dirección: Teléfono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Telefono(s): Consorcio clinica EMMANUEL INSTITUTO del crédito solicitado, para:
1230/5	Declaro haber leído cuidadosame sus alcances y sus implicaciones.	anterior no permi ntes, primero, a c tentes el cumplio os matemáticos,	anterior no me jr eta, exacta y eq que se informa dicarme, cuando	puedan trataria, (la nvar, tanto en (la ario señalado en listrar a las centra relaciones come res públicos, base	peño como deuc cativa. la información RFINANCIERA	iltar, en cualquier deudor, mi capar deudor, mi capar tar a las centrale sobre el incump nonial de tal form	Nombres:
11 Bto	nte el contenido de	La autorización anterior no permite a (la entidad) y a la para fines diferentes, primero, a evaluar los nesgos de públicas competentes el cumplimiento de mis debera mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas	npedirá ejercer mi valizada, y en caso sobre las correct vo lo pida, quien co	estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y dura necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y.E. de esta cláusula. Suministraria las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de credito como otra a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que gistros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	lor después de hal mencionada a las o las demás entida	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información rejevante para o 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 como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis debere patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veras, pertinenta, completa actual patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veras, pertinenta, completa actual patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veras, pertinenta, completa actual.	Nombres:
2	esta cláusula y h	a las centrales de de concederme u xeres constitucion las	i derecho a corros o de que no lo sec clones efectuadas onsulto mi historia	rfa y luego sumin las centrales de l s información indi de riesgo datos l y en general so s o documentos l	ber cruzado y pro centrales de rie ades públicas que	ntrales de riesgo ira valorar el riesgo de riesgo datos, t re, de mis obliga re, una informac	aciente: Lada STATE Strado es verídica y doy INSTITUTO NACION INSTITUTO NACION
	aberta comprendi	información de ri in crédito, segund iales: legales y, te	borar en cualquier a, a que se deje c s. Tampoco libera a de desempeño cr	istraría a dichas ci riesgo, con las deb cada en los literala relativos a mis soli ocioeconómicas qu públicos.	cesado diversos d sgo de manera d sgo de manera d	toda la informacio go futuro de conco ratados o sin trati- ciones crediticias,	A doy mi conse
	do a cabalidad, raz	esgo divulgar la in o, a verificar por p ircero, a elaborar	tiempo que la inf xonstancia de mi o rá a las centrales editicio durante lo	entrales. Didas actualizacion es B. y E. de esta citudes de crédito ue yo haya entreg	latos útiles para ol lirecta y, también s de vigilancia y co	on releyante para determe un crédito ar, tanto sobre el o de mis debere	Consentimiento de expreso DE DEMENCIAS EMANI TIL S.A.S o a quien sea en e
	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	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 nesgos 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 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.	estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria 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. Suministraria 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.	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. Envier 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 vigiliancia y control, con el fin de que	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 cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal formacione estas presenten una información veras, perfinente compolera actualizada y exacta de mis	Nombres:

Firma: