## Corper Control Control

FR -- THRL -- 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

•		1	PAGARE No	1798	
Yo/nosotros: *	mma Meveno	o Carlainesta	y/o		identifica
do(s) como aparec	ce al pie de mi (nuest	ras) firma(s), declaramo	s: <b>PRIMERO:</b> que so	mos deudores ir	ncondicionales de
CONSORCIO CLIN	NICA EMMNAUEL v/o a	I INSTITUTO NACIONA	L DE DEMENCIAS EN	AANUEL S.A.S.,	y/o EMMANUEL
INSTITUTO DE RI	HABILITACION Y HAB	ILITACION INFANTIL	S.A.S en adelante simple	emente el acreedo	or, por la cantidad
Por capital:				<del></del>	
Por intereses de pla	azo:				Por
intereses de mora:	a la máxima autorizada (	por las autoridades mone	tarias:		Por
otros gasto	S:				Nos
obligamos a pagar o	dicha suma de dinero al ac	creedor en sus oficinas de	Bogotá D.C., en la Carr	era 22 no. 142-63	, o en su orden, o
al tenedor de este p	oagare, el día	de	del año	SE	GUNDO: que a
partir de esta fe	echa, sobre las obligaci	iones insultas y los gasto	os pagaremos intereses	i moratorios a la	tasa de maxima
autorizada por las	autoridades monetarias. 🖯	TERCERO: que en caso	de cobro judicial o extr	a judicial de este	pagare seran de
nuestro cargo los di	astos y costos que por dic	cha cobranza se ocasioner	, así como el valor del i	impuesto de timbi	e, si hay lugar de
él CUARTO: a pa	rtir de la fecha de la re-	spectiva demanda judicial	, sobre los intereses p	endientes, debido	s con un año de
anterioridad o más.	pagaremos intereses a la	n máxima tasa fijada para	la mora. QUINTO: los	honorarios de abo	ogado, en caso de
arreglo directo o de	e pago a la etapa prejud	licial, se establecen en un	⊢20% sobre el valor de	e la obligación ma	as sus accesorios.
SEXTO: que serán	de nuestro cargo los impu	uestos que causen este pa	garé, quedado al acree	dor facultando par	a pagarios por mi
cuenta si fuere nec	esario. Este pagaré será	llenado por CONSORCIO	CLINICA EMMNAUE	L y/o al INSTIT	UTO NACIONAL
DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S., y/o I	EMMANUEL INSTITUTO	DE REHABILITACIO	N Y HABILITA	CION INFANTIL
S.A.S de conformic	lad con las instrucciones	que en documento a part	e hemos impartido para	a tal efecto, de co	onformidad con lo
dispuesto en el artíc	culo 622, inciso 2 del códio	go de comercio.	# 1,		
<b>5</b> 2		y/o , de conformidad de			Este
Firma(s):	ada way of govoodor	do conformidad do	la carta de instru	cciones que s	e suscribe hov
pagare sera ilen	ado por el acreedor,	, de comornidad de	ia carta ac instra	cciones, que s	
	CARTA DE INSTRUCCI	IONES PARA LLENAR PA	AGARE CON ESPACIO	S EN BLANCO	
Bogotá.D.Cvo.		er <del>egg mitte</del>			y/o
Nosotros.					
identificado(s) como	n anarece ai nie de nuesu	ras firmas, autorizamos a	CONSORCIO CLINICA	EMMNAUEL y/	o al INSTITUTO
NACIONAL DE DI	EMENCIAS EMANUEL S	S.A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO DE REHA	ABILITACION Y	HABILITACION
THEANTTI S.A.S.	para llenar los espacios e	n blanco del pagare disti	nguido con el No	21.4-4	que en la
fecha hemos suscr	ito a favor de CLINICA	A EMMNAUEL CONSOR	CIO y/o al INSTITU	TO NACIONAL	DE DEMENCIAS
EMANUEL S.A.S.,	y/o EMMANUEL INSTI	TUTO DE REHABILITA	CION Y HABILITACIO	N INFANTIL S.	A.S conforme con
las siguientes instru	cciones:		্ৰভূমিন ই	¥.	
1.El valor del capit	al será la suma total que	e por hospitalización, cor	isulta prioritaria y hosp	ital día, servicios	prestados por los
médicos adscritos a	a la institución, medicamo	entos, daños ocasionados	a la institución (bienes	s muebles e inmu	ebles), copagos y
cuotas moderadore	s y demás gastos que s	se haya incurrido por con	cepto de la permaneno	cia en el <b>CONS</b> (	ORCIO CLINICA
EMMNAUEL y/o	al INSTITUTO NACIO	NAL DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S., y	O EMMANUEL	THRITTION DE
REHABILITACION		HABILIȚACI	ON IN	FANTILS.A.S;	del
pacienteX	Murani Sespe	anne Addulos	<u> </u>	ien ingreso	con fecha
**	01/12/2018				-
1. Intereses de pla	zo:				
2. Intereses de mo	ra a la máxima tasa perm	itida por las autoridades m	onetarias.		
Así mismo me (nos	obligo (obligamos) a pag	gar los gastos de las cobra	nzas prejudicial y judici	al en caso de que	haya lugar a ello.
El pagare será llena	ado de acuerdo con estas	instrucciones, si al mome	ento de la salida del pac	iente ya nombrac	lo la cuenta no es
cancelada en su tot	alidad, o por el saldo en c	aso de que se haya hecho	abono a tal cuenta.		
Firma pa	iciente:		Nombre	e dei	paciente:
			•		
C.C.:		de		_	
Firma responsable:		(Drand			
Nombre del respons		. 1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
C.C.:	sable: 4 - Con 100	Moeno 3 de 6090te			

FR - THRL - 04

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS				
R – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01		
	Actualización://	Página 2 de 2		

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

	enerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombre	s: Yurani Espranja Acialo Mueno
	le ciudadanía: T.J., 1000 694 887.
Estado C	
Parentes	sco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 2m ma Moreno -
	empleadora: Tmpleade Anodica
Direcció	1: lamò sonta bartera
Teléfono	(s): <u>8(S, 3(29285))</u>
Trabajac	lor independiente (profesión u oficio):
Dirección	
Telefono	(s):
	RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL UTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito o, para:
A.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
В.	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
υ.	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.
C.	Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la <b>SUPERFINANCIERA</b> 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.
D.	
	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
E.	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.
veras, co rectificac de Indica	ización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es ompleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ión y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación arme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi
petición.	
para fine públicas	zación anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de Información de riesgo divulgar la información mencionada es diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, e modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	naber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo ices y sus implicaciones.
Nombres	Engma Moreno
C.C.:	301697 088
Firma:	Emma Moreno