

 	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
	FR - 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

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

Nombres: Edwin David Roa Núñez

Cedula de ciudadanía: 7182596

Estado Civil: Casado

Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Primo

Empresa empleadora: Gobernación de Boyacá

Dirección: Plaza de Bolívar Tunja

Teléfono(s): 0987420020

Trabajador independiente (profesión u oficio): _____

Dirección: _____

Telefono(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 informe 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: Edwin David Roa Núñez

C.C.: 7182596

Firma: _____

PAGARE No. 577 F

Yo/nosotros: Edwin David Roca Utrera identifico
do(s) como 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 EMMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:

capital: _____
intereses de plazo: _____
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: _____
gastos: _____
otros: _____
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 pagaré, el día _____ de _____ del año _____

SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insueltas 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 pagaré 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 EMMANUEL 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.

Firma(s): _____ y/o _____
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá, D.C., yo, _____ y/o _____
Nosotros, _____
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagaré distinguido con el No. _____ que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMANUEL CONSORCIO Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme con las siguientes instrucciones:

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 permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMANUEL Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. del paciente

2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
3. Intereses de plazo: _____
4. Intereses de mora: _____
5. Intereses de plazo: _____
6. Intereses de mora: _____
7. Intereses de plazo: _____
8. Intereses de mora: _____
9. Intereses de plazo: _____
10. Intereses de mora: _____
11. Intereses de plazo: _____
12. Intereses de mora: _____
13. Intereses de plazo: _____
14. Intereses de mora: _____
15. Intereses de plazo: _____
16. Intereses de mora: _____
17. Intereses de plazo: _____
18. Intereses de mora: _____
19. Intereses de plazo: _____
20. Intereses de mora: _____
21. Intereses de plazo: _____
22. Intereses de mora: _____
23. Intereses de plazo: _____
24. Intereses de mora: _____
25. Intereses de plazo: _____
26. Intereses de mora: _____
27. Intereses de plazo: _____
28. Intereses de mora: _____
29. Intereses de plazo: _____
30. Intereses de mora: _____
31. Intereses de plazo: _____
32. Intereses de mora: _____
33. Intereses de plazo: _____
34. Intereses de mora: _____
35. Intereses de plazo: _____
36. Intereses de mora: _____
37. Intereses de plazo: _____
38. Intereses de mora: _____
39. Intereses de plazo: _____
40. Intereses de mora: _____
41. Intereses de plazo: _____
42. Intereses de mora: _____
43. Intereses de plazo: _____
44. Intereses de mora: _____
45. Intereses de plazo: _____
46. Intereses de mora: _____
47. Intereses de plazo: _____
48. Intereses de mora: _____
49. Intereses de plazo: _____
50. Intereses de mora: _____
51. Intereses de plazo: _____
52. Intereses de mora: _____
53. Intereses de plazo: _____
54. Intereses de mora: _____
55. Intereses de plazo: _____
56. Intereses de mora: _____
57. Intereses de plazo: _____
58. Intereses de mora: _____
59. Intereses de plazo: _____
60. Intereses de mora: _____
61. Intereses de plazo: _____
62. Intereses de mora: _____
63. Intereses de plazo: _____
64. Intereses de mora: _____
65. Intereses de plazo: _____
66. Intereses de mora: _____
67. Intereses de plazo: _____
68. Intereses de mora: _____
69. Intereses de plazo: _____
70. Intereses de mora: _____
71. Intereses de plazo: _____
72. Intereses de mora: _____
73. Intereses de plazo: _____
74. Intereses de mora: _____
75. Intereses de plazo: _____
76. Intereses de mora: _____
77. Intereses de plazo: _____
78. Intereses de mora: _____
79. Intereses de plazo: _____
80. Intereses de mora: _____
81. Intereses de plazo: _____
82. Intereses de mora: _____
83. Intereses de plazo: _____
84. Intereses de mora: _____
85. Intereses de plazo: _____
86. Intereses de mora: _____
87. Intereses de plazo: _____
88. Intereses de mora: _____
89. Intereses de plazo: _____
90. Intereses de mora: _____
91. Intereses de plazo: _____
92. Intereses de mora: _____
93. Intereses de plazo: _____
94. Intereses de mora: _____
95. Intereses de plazo: _____
96. Intereses de mora: _____
97. Intereses de plazo: _____
98. Intereses de mora: _____
99. Intereses de plazo: _____
100. Intereses de mora: _____

Firma paciente: _____
C.C.: _____
Nombre responsable: _____
Firma responsable: _____
C.C.: _____
Nombre del responsable: Edwin David Roca Utrera
C.C.: 9182594
de _____
de _____