Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

	PAGAKE NO.
Yound Aug Stella Gil	Voluis Francisco Castiblanco
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), o	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUI	CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILI	EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de:	Por
capital:	Por
intereses de plazo:	Por
de mor	les monetarias:
otros gastos:	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus ofic	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 díade	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas	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 el	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 c	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	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 fije	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 establec	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 causer	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 po	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 EMMA	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	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.	ódiao de comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

se

dne

instrucciones,

de

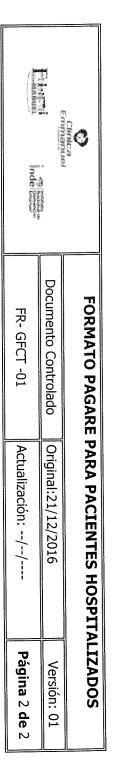
de la carta

y/o el acreedor, de conformidad

será llenado por

Firma(s):_____ Este pagaré

Bogotá, D.C., yo,
identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSONCIO CLINICA Efficiendos E 170 de 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
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 mádicos 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
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente grans, y/o criminose and quien
ingreso con fecha
 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.
Firma paciente: Lois (Sancisco Gash blagos Nombre del paciente:
C.C.:
Firma responsable: 1 2 stella 61
Nombre del responsable: 102 stella Gil
CC. 51 833.247 de Bogota



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

Firma: 202 Stella 60)	c.c.: 51833247	Nombres Luz stella Gil	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	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.	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.	 D. 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. 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. 	significativa. C. 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	 A. 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. B. 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 	la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi cons O CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE LINSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL 9 olicitado, para:	Dirección: Verdeda Santa Ana finca Divino Mino Teléfono(s): 313 49 7 2 6 657 Trabajador independiente (profesión u oficio): Ama de casa. Dirección:	o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>ကလ</u> npleadora: <u>Aကယ္ ဂင္ (လလ</u>	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:
			aberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo	información de riesgo divulgar la información mencionada crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades ales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,	orar en cualquier tiempo que la información suministrada, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su Tampoco liberará a las centrales de información de la de sempeño crediticio durante los seis meses anteriores	as centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en so documentos públicos.	yo de manera directa γ, también, por intermedio de la gjercen funciones de vigilancia γ control, con el fin de que	ida la información relevante para conocer mi desempeño futuro de concederme un crédito. Itados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno ones crediticias, o de mis deberes legales de contenido n veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi esado diversos datos útiles para obtener una información	y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/oNINFANTILS.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor	Jino		icciones: