## Entració indelessas

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

	P	ola A.	aalaa ka	-tl	4 - D	PAG	GARE No.	1809 8		
Yo/nosotros:	<u>1 ca</u>	<u> </u>	KNACY A	THOU PONCE	162	y/o				identifica
uo(s) como a	aparece a	ar pre de i	mi (nuestras)	firma(s), dec	:laramos:	PRIMERO:	que somos	: deudores	incondicio	onales de
CONSORCIO	CLINIC.	A CIMMINAL	DEL Y/O al II	ASITIUIU NA	CIONAL I	DE DEMEN	CIAS EMAN	IUEL S.A.S.	, y/o EM.	MANUEL
INSTITUTO E	JE KEIIA	DILITACIO	M I HADILI	TACION INFA	NIIL S.A.	s en adeian	te simpleme	nte el acree	or, por la	ı cantidad
Por capital:			······································				<del></del>		<del></del>	
Por intereses of	de plazo:					<del></del>				Dos
intereses de m	nora: a la	máxima a	utorizada por	las autoridades	monetaria	ns:				Por
otros c	gastos:									Noo
obligamos a pa	agar dicha	a suma de d	inero al acree	dor en sus ofici	nas de Bog	otá D.C., er	la Carrera 2	22 no. 142-6	3, o en su	orden. o
al tenedor de e	este paga	are, el dia _		de		del	año	S	EGUNDO	0: que a
partir de es	sta fecha	a, sobre la	s obligacione	s insultas y lo	s gastos p	agaremos i	ntereses mo	ratorios a li	a tasa de	máxima
autorizada por	las auto	ridades mor	netarias. TER	CERO: que en	caso de c	obro iudicia	l o extra iu	dicial de est	e nagare	serán de
nuestro cargo l	los gasto:	s y costos q	ue por dicha d	obranza se oca	asionen, as	í como el va	ilor del impu	esto de timb	re, si hav	lugar de
él. CUARTO:	a partir	de la fecha	de la respec	tiva demanda	iudicial, so	bre los inte	reses pendic	entes, debid	os con ur	n año de
anterioridad o	más, pag	aremos inte	reses a la má	xima tasa fijada	a para la m	ora. <b>QUIN</b>	TO: los hono	orarios de ab	ogado, en	i caso de
arreglo directo	o de pa	go a la eta <sub>l</sub>	oa prejudicial,	se establecen	en un 20	% sobre el	vaior de la (	obligación m	iás sus ac	:cesorios.
SEXTO: que se	eran de n	iuestro carg	o los impuesto	s que causen e	este pagaré	, quedado a	l acreedor f	acultando pa	ıra pagarlo	os por mi
cuenta si fuere	AC EMA	IO ESTE PAG	are sera liena	go por CONSC	ORCIO CL	INICA EMI	INAUEL y/	o al INSTI	TUTO NA	CIONAL
DE DEMENCI. S.A.S de confo	as EniA Simidad (	on las instr	ucciones que	en documento:	a parto be	. KEHABIL	TIACION Y	HABILITA	CION IN	IFANTIL
dispuesto en el	artículo (	622. inciso 2	del códiao de	comercio	a parte ne	inos impart	iuo para tai	erecto, de c	onformida	ia con io
Firma(s): pagaré será	<del></del>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	y/o					·	Este
pagaré será	llenado	por el	acreedor, de	conformidad	de la	carta de	instruccion	es, que s	se suscri	be hoy
Bogotá,D.C.,yo,			da unadur 6							y/o 
identificado(s) o	como apa	rece al pie	de nuestras fi	mas, autorizan	nos a CON	SORCIO C	LINICA EM	MNAUEL y/	o al INS	TITUTO
NACIONAL DE	: DEMER	NCIAS EMA	NUEL S.A.S	, y/o EMMAN	IUEL INS	TITUTO DE	REHABIL	ITACION Y	HABILIT	racion
INFANTIL S.A fecha hemos so	uscrito a	favor de	CITNICA EN	nco dei pagare	i alstingula Neoboto	o con ei No	CTITUTO A	IACTONAL	q	ue en la
EMANUEL S.A.	.S., v/o	EMMANUE	L INSTITUT	DE REHART	LITACION	Y/O AI IN I V HARTI I	TACION IN	IACIONAL	DE DEMI	ENCIAS
las siguientes in:	struccion	es:								
1.El valor del ca	apital ser	rá la suma i	total que por	hospitalizació	n, consulta	prioritaria	y hospital di	a. servicios	prestados	por los
medicos adscriti	os a la II	nstitución, n	nedicamentos,	daños ocasior	nados a la	institución :	(bienes mue	bles e inmu	ebles), co	ทลดดร ข
cuotas moderad	dores y d	iemás gasto	os que se hay	⁄a incurrido po	r concepto	de la perr	nanencia en	el CONSC	ORCIO C	INTCA
EMMNAUEL Y	/o al I	NSTITUTO	NACIONAL	DE DEMENO	IAS EMA	NUEL S.A	.S., y/o El	MMANUEL	INSTITU	TO DE
paciente C		Villa	Y SanCh	HABILI	TACION			ILS.A.S;		del
paciente	CONO	7,110	Sation	<i>e</i>		<del></del>	quien	ingreso	con	fecha
1. Intereses de	nlazo:					<del></del>		<del></del>		
2. Intereses de		a máxima ta	sa nermitida r	or las autorida	dec monet:	riac				<del></del>
Así mismo me (r	nos) oblic	o (obligamo	s) a pagar los	aastos de las	cohranzas	nrejudicial v	riudicial en d	raco do ouo	hava luga	r a olio
El pagare será il	lenado de	acuerdo co	on estas instru	icciones, si al r	nomento d	e la salida d	del paciente	va nombrad	naya luga o la cuent	a ciio.
cancelada en su	totalidad	, o por el sa	ldo en caso de	e que se haya h	echo abon	o a tal cuent	ta.	, a 1101112144	o la cacile	a no es
Firma	paciente	2:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		N	lombre	del	pa	aciente:
C.C.:				de						
Firma responsabl	le: ch	ski etc	uu Ville	_ uc						
Namhra dal rach	oncable	)		1.						
cc 524° de deno	944	ay - ,								
المام مأم	ماه ، لا	2								
CHE WONC	76 . E	200/DIC								

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR - THRL - 04 FR - THRL - 04 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: Paola Andrea VIIIs Senches
Cedula de ciudadanía: 524144016
Estado Civil: Covocicio
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: 6 (obc.)
Dirección: (1 75 72-89)
Teléfono(s): 3168093213.
Trabajador independiente (profesión u oficio): Fi such example ute
Dirección: (1) 75 72-84
Telefono(s): 8115172
<ul> <li>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 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:         <ul> <li>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.</li> <li>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 significativa.</li> <li>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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul> </li> </ul>
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
C.C.: