Santa Pa	FR
Christian Structural Entitudes of Entitudes of Entitudes of Entitudes of Entitle of Enti	MARKETT TO STATE OF THE PROPERTY OF THE PROPER

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

9 THRL

Original: 29/06/2017

Actualización: --/--/

4-4 Página

Versión: 01

PAGARE No.

dentifica

de 2 1347 B

Por Por Por Nos 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 anterioridad o más, pagaremos 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 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 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. en adelante simplemente el acraedor nor la cantidad de de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada do(s) como aparece al pie de mi (padestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO 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 SEGUNDO: que a 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 en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de cantidad <u>0</u> acreedor, por ē adelante simplemente de año monetarias: e autoridades INFANTIL por las autorizada HABILITACION al tenedor de este pagare, el día intereses de mora: a la máxima plazo: REHABILITACION comercio. intereses partir

hoy suscribe Se dne instrucciones, de carta O de y/o conformidad de acreedor, T llenado será Firma(s): pagaré

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

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.

Hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL Bogotá, D.C., yo,

S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instruccione

moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia 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 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:

quien ingreso con fecha

Ш de que haya lugar a ello. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente: g de 0 Nombre del responsable: Firma responsable: Firma paciente:

Página 2 de 2	Actualización://		
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR - THRL - 04	manutes. nde parendas
IZADOS	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZAD	FORMATO PAGARE	Connector Charles

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

	Firma:
2103 P.C	c.c.: 5/682/03 Pa
270 01	Nombres DOND CIVE.
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	Declaro haber leído cuidadosamente el conten 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 permite a (la entida fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos competentes el cumplimiento de mis deberes c 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.	La autorización anterior no me impedirá ejero veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso y a que se informa sobre las correcciones efect cuando yo lo pida, quien consulto mi historia d
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.	E. Suministrar a las centrales de inform mis relaciones comerciales, financiera públicos, bases de datos públicas o d
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	D. Conservar, tanto en (la entidad) con
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	C. Enviar la información mencionada SUPERFINANCIERA o las demás el
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 útilos para obtener una información significativa.	<ul> <li>sobre el incumplimiento, se hubiere, tal forma que éstas presenten una ir deudor después de haber cruzado y r</li> </ul>
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.	
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al 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:	Declaro que la información que he (mos) sumini CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO N REHABILITACION Y HABILITACION INFA
	Telefono(s):
	Dirección:
te (profesión u oficio):	Trabajador independiente (profesión u oficio):
35/8585 769	Dirección: 216 72 15 74 Teléfono(s): 320 351 85 80
Alpia	Empresa empleadora:
la que actúa, si no es el paciente: PDD PD Q	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
5/65/153 /Bell,	Estado Civil: 6 20 20 4
OLD CICC	Nombres: 10010 COC