FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

H

THR

Versión: 01 Original: 29/06/2017

Actualización: --/--/

de Página 1

2

PAGARE No.

1284 B

Wildeson us.	identifica
do(s) como aparece ai pie de mi (nuestras) firma(s), deciaramos: PKIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	INSORCIO TTUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adeiante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	ntidad de:
	Por
Capital:	Por
Intereses de plazo:	Por
Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
ofros gastos:	Noo
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	su orden, o
al tenedor de este pagare, el día de SEGUN	SEGUNDO: due a
ha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa d	autorizada
por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro carno los	To cardo 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 nartir	TO: a partir
de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, nagaremos	nadaremos
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	a la etana
plejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de miestro cargo los	or cardo los
impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	Jadaré será
lighado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S y/o	A.S. V/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	ciones que
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del códico de	I códian de
COACH COACH	יייייייייייייייייייייייייייייייייייייי

hoy suscribe Se dne instrucciones, carta O de de conformidad % acreedor, ē por llenado será Firma(s): igaré

LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA

gotá, D.C., yo,

identificado(s) como aparece al píe de muestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL 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.

Que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguilentes 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 EMMNAUEL Y/O AI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION X quien ingreso con fecha

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Í mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El gare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es icelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. pa

Nombre del paciente 8 (48) Firma responsable Core a paciente.

nde Demencias FR - THRL - 04 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/---Original: 29/06/2017 Página 2 de 2 Versión: 01

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

Firma:	Declaro h sus alcan Nombres	La auto fines d compe matem	La auto veras, y a que cuando	E D	Ü	.8 .>	Declard CLINI REHAI	Dirección: Telefono(s):	Teléfono(s): Trabajador i	Parentesco Empresa e Dirección:	Cedula de cii Estado Civil:	Datos gen
Baren Chil	naber leic ces y sus	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.	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.	sobre el incumplimento, se nublere, de mis obligaciones crediticas, 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	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 cumplimento oportuno como	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:	n:	Teléfono(s): 9539962 Trabajador independiente (profesión u oficio):	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: The artista : Empresa empleadora: TECO D Dirección: Calla 122 # 116-11 Mp. 108	Cedula de ciudadanía: SISUGOU	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: