•	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPIT	FALIZADOS
E Programme of	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
2	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de
		PAGARE No.	79
Yo/nosotros: + + OY DAL	URLEWA	y/o	PER
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 en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	mi (nuestras) firma(s), declaramo L y/o al INSTITUTO NACI ILITACION Y HABILITACION I de:		incondicionales de JEL S.A.S., y/o mente el acreedor,
capital:intereses de plazo;			Por
ses	de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	tarias:	Por
otros gastos:obligamos a pagar dicha suma de diner	o al acreedor en sus oficinas de Ro		Nos
o al tenedor de este pagare, el díadedededel año	dede	ogota D.C., en la Carrera 22 no. 142-ι del año	53, o en su orden, SFGIINDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que on coso de cabra indicata de la companya del la companya de la c	s obligaciones insultas y los gasto	os pagaremos intereses moratorios a l	la tasa de máxima
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	oor dicha cobranza se ocasionen, la respectiva demanda judicial,	así como el valor del impuesto de tir sobre los intereses pendientes, debid	: pagare seran de nbre, si hay lugar os con un año de
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	es a la maxima tasa fijada para la prejudicial, se establecen en un 2	nora. QUINTO: los honorarios de la company. 20% sobre el valor de la obligación m	abogado, en caso ás sus accesorios.
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o	s impuestos que causen este pagagaré será llenado por CONSO	aré, quedado al acreedor facultando RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o	para pagarlos por al INSTITUTO
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido pa conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	n las instrucciones que en docu culo 622, inciso 2 del código de co	parte hemos impartido pa	ira tal efecto, de
Firma(s):	de conformidad de	la carta de instrucciones, que s	se suscribe hov
CARTA DE INSTRU	CCIONES PARA LLENAR PAGA	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	
omo aparece a	de nuestras firmas, autorizamo CIAS EMANUEL S.A.S., y/o E		y/o Nosotros, INAUEL y/o al
Noque 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	en la fecha hemos suscrito a fav CIAS EMANUEL S.A.S., y/o E	en blanco del pagare distir vor de CLINICA EMMNAUEL CON MMANUEL INSTITUTO DE REHA	consorcio y/o al REHABILITACION Y
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 castos que se hava incurrido por concepto do la porteción (bienes muebles).	que por hospitalización, consulta amentos, daños ocasionados a la camentos.	iones: a prioritaria y hospital día, servicios parioritaria y hospital día, servicios pariorita	prestados por los ebles), copagos y
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ningreso con fecha	CIONAL DE DEMENCIAS EM. ON INFANTILS.A.S; del paci	Paciente CAWILA TORECO S	INSTITUTO DE Quien
2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	permitida por las autoridades mo	metarias.	
Asi 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.	a pagar los gastos de las cobran con estas instrucciones, si al mom l saldo en caso de que se haya he	izas prejudicial y judicial en caso de o nento de la salida del paciente ya nor echo abono a tal cuenta.	que haya lugar a nbrado la cuenta
Firma paciente:	Nombre del paciente:	paciente:	
C.C.:	de		
Firma responsable:	Mercy		
Nombre del responsable:	JOME VICURIONA		
c.c.: 52336092	de BOA		

(P)

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

de 2 01 Página 2 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado FR- GFCT -01

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: Vero Dime () PoveのA
Cedula de ciudadanía: 52 33 6 09? BM.
Stado Civil: (1 As ADA
PLADRE.
impresa empleadora: M. (101-0 M/Dilk) S.A.
Dirección: アイ 65 キャロー69
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio);
Jirección:
Telefono(s):
Declaro que la información que he (mos) suministrado es varídica y doy mi consentimiento de expreso e irravocable 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.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 Ä
- 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 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. œ.
- 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 Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio Ċ
- necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. ä
 - Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. a mis relaciones comerciales, financieras نس

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

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, La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada 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.

JENTA	130H	
DUAZ		proff
JE BON	52336092	
Nombres	.: .::	Firma: