## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

9 - THRL R

Página 2 de Versión: 01 Actualización: --/--/---Original: 29/06/2017

2

## 4

AUTORIZACION PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIB PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Frmencite Dinede
Cedula de ciudadanía: 23660588
Estado Civil: Cos Sou d'ac
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: 1109cv
Dirección: Paryera C H 20 32.
Teléfono(s): 21/52 46266
rabajador independiente (profesión u oficio): $\mathcal{HOSC}_{\mathcal{U}}$
Dirección: Carrero S H 20 32.
Telefono(s): 31/521/62/6

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:

- 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. A.
- 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. ä
  - 10 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas manera directa y, también, por intermedio puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. a las centrales de riesgo de Enviar la información mencionada Ü
    - 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. ä
- 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. шi

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, autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es quando 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. eclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

		9	Mirabe	>
	200	100	Marker	
aciones.	ita Din	0.88.0	Dul	
sus alcances y sus implicaciones.	Frmenc	236609	Math De	
sus alcance	Nombres	G.C.:	Firma:	

e suscribe hoy	ue se	s, que	instrucciones,	instru	de	carta de	ਹ	de	y/o midad	y/o de conformidad		acreedor,	<u>e</u>	por	llenado	será II	-	Firma(s): pagaré
impuestos que causen este pagare, 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 en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	esario.  MANI on las , incis	lAS Edad co	MENCI onformic artículo	DE DE DE Gen el	S.A.S	ACIOI ANTIL lo dis	ine,	cion rmida	INST LITA confo	y/o al Y HABI ecto, de	NAUEL CION tal efe	EMMI BILITA do para	nica Nica REHA mparti	io CLI O DE I emos ii	ISORCI STITUT parte h	et INS	impuestos ilenado po <b>EMMANU</b> i en docume comercio.	llena EMN en de
partir de esta lecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de maxima autorizada por las autoridades monetarias. <b>TERCERO</b> : 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. <b>CUARTO</b> : 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 fijada para la mora. <b>QUINTO</b> : los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. <b>SEXTO</b> : que serán de nuestro cargo los	a de m án de de él. ( idad o cto o d	re sera re sera ugar d iteriori direc e será	si hay lu si hay lu o de ant arreglo arreglo	de est mbre, un añ aso de	idicial de til d	es inte	ial o edel im del im entes, de al ás su	judic valor o vendie rarios ión m	cobro no el v eses p hono bligac	caso de n, así cor los inter NTO: los r de la o	que en asioner, sobre el valor	CERO: oca se oca judicial, la mora sobre	TERC  TERC  District of the control	etarias. dicha co iva den sa fijadi	es mons es mons ue por o respecti xima tas tableces	oridade oridade ostos qu de la la la máx se est	as aut as aut os y co os y co i fecha reses a	por la gasto de la intera preju
ouros gastos: Nos obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o al tenedor de este pagare, el díadededel añoSEGUNDO: que a	42-63, SE	no. 14	era 22 r	la Carr	del año	tà D.C	Bogc	as de	oficin	or en sus	creedo	ero al a	de din	suma re, el o	otros gastos:  obligamos a pagar dicha suma de al tenedor de este pagare, el día	gas a paga de est	amos	otros obligi al ter
Por							tarias	mone	ades	intereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias:	por las	orizada	a auto	maxim	plazo: _ ora: a la	de pl	eses c	intereses
Por																	<u></u>	capital:
Yo/nosotros: * **********************************	naies NUEL por	ndicio MMAI dor,	y/o EMMANUE	y/o * /U'S C, PRIMERO: que somos deudores EMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/ en adeiante simplemente el a	omos c UEL S pieme	y/o - / que som <b>EMANUI</b>	IAS leiant	NENC PARTY	nos: F	Yo/nosotros: ** £xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	ma(s),	TUTO	(nues	AC' Y e de mi HABI	Yo/nosotros: * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Yo/nosotros: ** \(\frac{\mathcal{L}}{\mathcal{L}}\gamma\) CLINICA EMMNAU REHABILITACION	osotro ) comc VICA I	Yo/no do(s) CLIN
	79 B	1279 B		PAGARE No.	AGA						Ę	)						
Página 1 de 2	P		9 00 00	Actualización://	ción:	ualiza	Act		Ç		7			Ciphanie			1	
Versión: 01			7	Original: 29/06/2017	29/06	ginal:	9		2	ED TUDI O	9		de	Instituto Nacional de Demencias	THURSTER	MANUEL EN	12)	
DOS	LIZAI	ATTAL	HOSP	NTES	CIE	RA P	E PA	GAR	O PA	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FC				3	. B		

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

Bogotá, D.C., yo, 105 2018.

Nosotros, Experience all 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.

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

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 al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente

quien ingreso con fecha

Intereses de plazo:
 Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
 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 salido en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.