			<b>FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	
FR - THRL - 04		Original: 29/06/2017	Versión: 01	
		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: Kevin Patricio Acosta  
Cedula de ciudadanía: 44 11 98 98 Bogotá  
Estado Civil: unión libre  
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: marido  
Empresa empleadora: \_\_\_\_\_  
Dirección: Calle 54 H 11D 858  
Teléfono(s): 312 314 7327  
Trabajador independiente (profesión u oficio): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al **CONSORCIO CLÍNICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN 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.
- Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento 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.
- 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.
- 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.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, 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 informe 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: Kevin Patricio Acosta  
C.C.: 44 11 98 98 Bogotá  
Firma: Kevin Patricio Acosta

	<b>FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>		
	FR - THRL - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: --/--/----	Página 1 de 2

PAGARE No.

1563 B

Yo/nosotros: Consorcio Clínica Emmanuel y/o identifica do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de **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:

capital: \_\_\_\_\_ Por

intereses de plazo: \_\_\_\_\_ Por

intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: \_\_\_\_\_ Por

otros gastos: \_\_\_\_\_ Por

Nos 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

al tenedor de este pagare, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ **SEGUNDO:** que a

partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada

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

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

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

en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de

comercio.

Firma(s): Patricio y/o \_\_\_\_\_ Este

pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy

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

Bogotá, D.C., yo, \_\_\_\_\_ y/o

Nosotros, \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_ 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 siguientes

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 al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y**

**HABILITACION INFANTIL S.A.S;** del paciente Guillermo Eduardo Albino

quien ingreso con fecha 16 agosto

1. Intereses de plazo: \_\_\_\_\_

2. 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 saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Firma paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_