FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Documento Controlado

(~) Versión: 01 Original:21/12/2016

	Actualización://	Página 2 de
Vombre del responsable:		

C.C.:	
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE SUSCRIBA PAGARE Y C	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:	a de instrucciones:
Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil;	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	*** A CONTROL OF THE PRODUCT OF THE
eclaro que la información que he (mos) suministrado es	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al
CONSURCIO CLINICA EMMNAUEL Y/O SI INSTITU EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HAI	CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/O BLINSTITUTO 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. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno Ţ
 - 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. 00
- 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. ز
 - 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 centráles 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. u.i

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 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, 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

*.	9 or 2			
	Gadro Stella Wilch	30120311 FULL	CHI Y	
	ombres) C:: C+OC	irma:	

		EORMATO DAGARE BARA RACTENTES HOSBIT	
parimental	Documento Controlado	Original 21/12/2016	Verción: 01
Add the second	FR- GFCT -01	Actualización://	Página í de
		PAGARE No.	389 F
Yo/nosotros:identificado(s) como aparece	osotros:y/o	y/oy/oy/oy/oy/o	e somos deudores
incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENC S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A simplemente el acreedor, por la cantidad de:	UTO DE REHABILITACION Y	HABILITACION INFANTIL	IAS EMANU. S en adela
intereses de plazo:			Por
otros gastos:	nero al arregior en sus oficinas de	s Ronotá D.C. en la Carrera 22	142-63 o er
orden, o al tenedor de este pagare, el díadededel añodel añodel añodel se SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios	e, el díade a fecha, sobre las obligaciones in	del año_ \sultas y los gastos pagaremos intel	ntereses 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	las autoridades monetarias. TERO irgo los gastos y costos que por d	ERO: que en caso de cobro juc licha cobranza se ocasionen, as	licial o extra judicial si como el valor del
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 arregio 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.	nterioridad o más, pagaremos intere de arregio directo o de pago a la e sorios, SEXTO : que serán de nue	eses a la máxima tasa fijada para etapa prejudicial, se establecen estro cargo los impuestos que c	la mora. QUINTO: en un 20% sobre el ausen 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	pagarlos por mi cuenta si fuere ne	cesario. Este pagaré será llenad MENCIAS EMANUEL S.A.S.,	y/o EMMANUEL
documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	para tal efecto, de conformidad co	n lo dispuesto en el artículo 622	nstrucciones que en , inciso 2 del código
	y/o		
Este pagaré será llenado por el	acreedor, de conformidad de la	la carta de instrucciones, que	e se suscribe hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

CLINICA EMMNAUEL V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. V/o EMMANUEL	INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA paciente quien ingreso con fecha	INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFA paciente quien ingreso con fecha 1. Intereses de plazo: quien ingreso con fecha 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
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 concento de la nermanencia en el CONSORCTO	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; de paciente quien ingreso con fecha formados:	la institución (bienes muebles e inmuebles) cepto de la permanencia en el CONSORCI IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUE TACION INFANTILS.A.S; de

C.C.: 10446 Firma responsable:

64

ا ل

Nombre del paciente:

MOON

Firma paciente:

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.