## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

## Página 1 de 2 Versión: 01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado FR- GFCT -01

PAGARE No.

76	
(I)-berene	
	2

Yo/nosotros:
identificand() come and on in (a contract) frame(a) date and a contract on a contract of a contract
INCHINICAU(S) COND appliede at pie de im (massias) mina(s), decialatios. Pranteres que somios deudores monocaste de Constant d
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO Y/O BI 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:
Por Por
intereses de plazo:
mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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 de de de de SEGUNDO:
que a partír 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 arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligacion mas sus accesorios.
SENIO, que selan de nuesdo de minipaesdes que causen esce pagare, quedado, anacidedes para pagardes por minipaesdes en crista pagardes por minipaesdes el friera pagarde será llegado por CINICA EMMNANEL CONSORCIO V/o al INSTITUTO
NACIONAI DE DEMENCIAS FRANIFIS SA S. V/O FMMANIFI INSTITUTO DE REHARIITACION Y HARIITACION
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): White the second sec
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
Boootá D.C.
Vo/nocotrons
) como aparacio al nia de priectras firmas aritoriz

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 (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha

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

que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al

distinguido

del pagare

planco

e

los espacios

llenar

para

S.A.

INFANTIL

HABILITACION

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:

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo: 3 .2

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.



## Documento Controlado **FORMATO PAGARE** PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Versión: 01

FR- GFCT <u>-</u>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:	instrucciones:
Not indices.	
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 ofició):	
Dirección:	
Telefono(s):	

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la 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.o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para

- >como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. Consultar, en cualquie tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- œ desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una patrimonial de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido información
- $\circ$ SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y también, por intermedio de la estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales.
- Ö Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш 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 socioeconomicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 La autorización anterior no me impedirá ejercer muderecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada constitucionales legales y, torcero, a elaborar estadísticas

sus alcances y sus implicaciones. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

	C.C.:		Nombres-	
). She	4a. 850,88	3		
	32		O ANCERT	
	-		- '	