## Companies Compan

## \_\_\_\_\_\_

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR – THRL – 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

	RE No. 1704 B	
Yo/nosotros: 34019109 Paper To re y/o_	identifica	
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: q CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI	lue somos deudores incondicionales d AS EMANUEL S.A.S., y/o EMM <b>ANU</b> E	e L
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante		
de:		
Por capital:		_
Por intereses de plazo:		
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	1 1	
otros gastos:	No	-
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la		
al tenedor de este pagare, el díadedel a		
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos int		
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial		
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valo		
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los interes		
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>QUINTO</b>		
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el va <b>SEXTO:</b> que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al		
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMI		
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILIT	TACION Y HABILITACION INFANTI	L
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartid		
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.		
	Est	
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de	instrucciones, que se suscribe ho	У
		_
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPA	ACIOS EN BLANCO	
Bogotá,D.C.,yo,	y/o	
Nosotros,	<u>'</u>	
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI	INICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	ō
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE		
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.		
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INS	STITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS	S
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILIT	TACION INFANTIL S.A.S conforme con	n
las siguientes instrucciones:		
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y		
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la	bienes muebles e inmuebles), cop <mark>ago</mark> s :	у
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm	bienes muebles e inmuebles), copagos i Janencia en el <b>CONSORCIO CLINIC</b> A	y A
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.	bienes muebles e inmuebles), copagos i lanencia en el CONSORCIO CLINIC/ S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI	y A E
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/ S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S;	y A E
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.	bienes muebles e inmuebles), copagos i lanencia en el CONSORCIO CLINIC/ S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI	y A E
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION  Y HABILITACION  paciente	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/ S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S;	y A E
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/ S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S;	y A E
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/ S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fech	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  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	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades menetarias.  Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  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	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  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 El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la concelada en su totalidad.	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  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 El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la cancelada en su totalidad.	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  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 El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta de la cancelada en su totalidad.	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION paciente  1. Intereses de plazo:  2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades menetarias.  Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta firma paciente:	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S REHABILITACION Y HABILITACION Paciente  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 El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta Firma paciente:  C.C.:  de d	bienes muebles e inmuebles), copagos lanencia en el CONSORCIO CLINIC/S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTILS.A.S; quien ingreso con fechi	y A E el a



## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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: (Elonica Control Con
Cedula de ciudadanía: $5186699884$
Estado Civil: Separada
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: Trabajo X 2190.
Dirección:
Teléfono(s): 3/02765831
Trabajador independiente (profesión u oficio): $74 dias.$
Dirección: Calle 34 + 26C-40 Sur
Telefono(s): 3102765831
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a 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:
A. Consultar, en cualquier ticmpo, 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.
B. 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 dande de misor de la contenido patrimonial de la contenido
deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.  C. 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.  D. 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.
E. 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 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 de m 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 Golanda Roberto Hoticar