

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

PAGARE No.

471.F

Yo/nosotros: \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ identifica do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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 insueltas 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 pagare, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagare será llenado por **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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): \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ Este pagare 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, \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_

Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL 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 EMMANUEL 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 EMMANUEL 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

quien ingreso con fecha \_\_\_\_\_

- Intereses de plazo: \_\_\_\_\_
- 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: DEVINIRA AIDANA  
C.C.: 38245308 de 26/06/19

