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

PAGARE No. _____

Yo/nosotros: _____ y/o _____ Identificado(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: _____

Por capital: _____

Por intereses de plazo: _____

Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias. Por otros gastos: _____

Nos obligamos a pagar dicha suma de dinero por el presente pagaré, en sus oficinas o en su orden, o al tenedor de este pagaré, en el lugar y fecha que se indica a continuación: _____

Partir de esta fecha, en caso de no pago, los gastos judiciales y extrajudiciales serán a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. **TERCERO:** en caso de cobro por el acreedor de este pagaré serán de nuestro cargo los gastos judiciales y extrajudiciales, así como los honorarios de abogado, si hay lugar de él. **CUARTO:** a partir de la fecha de pago, los intereses serán de un año de mora, si hay lugar de ellos, con un año de anterioridad o más, permitiendo el acreedor cobrar la mora. **QUINTO:** en caso de cobro por el acreedor, en caso de arreglo directo o de pago por el acreedor, el acreedor cobrará en un 20% sobre el valor del pagaré, más sus accesorios.

SEXTO: que serán de responsabilidad de los deudores que causen este pagaré, quedando al acreedor el deber de pagarlos por mi cuenta si fuere necesario, para lo cual se llenará 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 emitido, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1700 del Código de Comercio.

Firma(s): _____ y/o _____ Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad con la carta de instrucciones que se suscribe hoy.

CARTAS DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIO FINANCIERO

Bogotá, D.C., yo, _____ y/o _____

Nosotros, _____

Identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), 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 pagaré distinguido por el número _____ 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 de honorarios médicos, quirúrgicos y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, exámenes de laboratorio, (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadoras y demás gastos que se generen durante 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 _____


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 coacciones prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagaré 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: Denise Riano Poveda
Nombre del responsable: Denise Riano Poveda
C.C.: 35408134 de 2029154

	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: _____
 Cédula de ciudadanía: _____
 Estado Civil: _____
 Parentesco o calidad en la que actúa: _____
 Empresa empleadora: _____
 Dirección: _____
 Teléfono(s): _____
 Trabajador independiente: _____
 Dirección: _____
 Teléfono(s): _____

Declaro que la información suministrada es verídica y doy mi consentimiento irrevocable a al **CONSORCIO CLÍNICA HOSPITALARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEFICIENCIAS EMMANUEL SAENZ** o **EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL S.A.S** o a quien el titular del crédito solicitara, para:

- Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, el monto 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 en el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento de pago, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten información veraz, oportuna, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haberse procesado diversos datos útiles para obtener información significativa.
- Enviar la información ingresada a las centrales de riesgo de manera oportuna, también, por intermedio de la **SUPERFINANCIERA** o las entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla y/o procesarla y/o suministrarla a otros usuarios.
- Conservar, tanto en (la entidad) y a las centrales de información de riesgo, todas las actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos de funcionamiento B. y E. de esta cláusula.
- Suministrar a las centrales de información de riesgo, de manera oportuna, todas las actitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y/o personales, así como toda la información que se haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o de carácter confidencial.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, 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 liberaré 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 métodos 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: Berenice Riaño Poveda

C.C.: 35'408.154 de Zúñiga

	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS				
	FR - THRL - 04	<table border="1"> <tr> <td>Original: 29/06/2017</td> <td>Versión: 01</td> </tr> <tr> <td>Actualización: --/--/----</td> <td>Página 3 de 2</td> </tr> </table>	Original: 29/06/2017	Versión: 01	Actualización: --/--/----
Original: 29/06/2017	Versión: 01				
Actualización: --/--/----	Página 3 de 2				

Firma:

Gerardo Pizarro S.

