FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

•
\sim
_
_
_
ш
3ARE I
٩.
/ M
\cdot
_
٠.
Λ.

Página 1 de Versión: 01

 \sim

434

Yo/nosotros:xhis coloando ciuz qyiete yox Pubian hadres cerren	& ⊗ ∨
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	ales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/O AI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMMANGIEI INSTITUTO DE DEHARTITACION Y HARTITACION INFANTII S.A.S. an adelante climplemente el acreador	", W/O
por la cantidad de:	Por
capital:	<u>5</u>
intereses de plazo:	<u>ة</u> ا
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Pg
otros gastos:	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,	orden,
o al tenedor de este pagare, el día de SEGUNDO:	
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	náxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	erán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	ıy lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en casc	en casc
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	esorios
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	rlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	TITIO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ACTON
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	cto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

8

dne

instrucciones,

ф

carta

conformidad

de

el acreedor,

será llenado por

pagaré Firma(s): k

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: EMMNAUEL y/o identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA ^\/o D.C.,

- 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 El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha , i
- Intereses de plazo:_
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 3. %

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.

Nombre del paciente:	de	Nombre del responsable: > 10 is contago Cours	de Libano to)
irma paciente:		irma responsable: ★	C.C.: 1104 405 991

nde Come Documento Controlado FORMATO PAGARE FR- GFCT -01 PARA PACIENTES Actualización: Original:21/12/2016 HOSPITALIZADOS Página 2 de 2 Versión: 01

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: 上っち ともしられる こうらこうてきな
Cedula de ciudadanía: NO५ २०३ ११।
Estado Civil: しからっ L: by C
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
Empresa empleadora:
Dirección: La Catara narcha marquez fina una crisama.
Teléfono(s): 314 379 安女子子.
Trabajador independiente (profesión u oficio): こ へ 『はまっ
Dirección:

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al 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:

- como deudor, mí capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier 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 información como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi
- \bigcirc 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
- Ö necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- Ш a mis relaciones comerciales, Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes bases de datos públicas o documentos públicos financieras ~ en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses es veras, completa, exacta y ecualizada, y rectificación y a que se informa sobre las La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su as correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la

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

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

202

Firma: \bigcirc $\dot{\Omega}$ Ģ Ç ν γ γ 2 2