NIZADOS	Versión: 01	Página 1 de 2
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original:21/12/2016	Actualización:/
FORMATO PAGARE PARA PAC	Documento Controlado	FR- GFCT -01
O	11 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 1	Junean Lite (Angle)

PAGARE No. 661
only of a March
e de mi (nuestras) firma(s), declaramos: P
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
Nos astos:
bagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, c
o al tenedor de este pagare, el día de German de SEGUNDO:
que a partir 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 ej. CUARTO: a partir de la tecna de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un ano de anterioridad o más, paparemos intereses a la máxima tasa fijada para la mora: OUINTO: 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 obligación más sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 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.
Firmals):xoMiSAc13/2UG VIO VIO ANTELO SINONICO
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

D.C.,

Bogotá

>	vo/nosotros.	N/0	í
۷. ی	dentificado(s) como aparece al pie de nuestra	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al	63
F	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	>~
L	HABILITACION INFANTIL S.A.S para II	HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	ø
Z	Vo.	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	60
j= {	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	370
,In	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	as siguientes instrucciones:	
			5
٠i	. El valor del capital sera la suma total que por l	El valor del capital sera la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y nospital dia, servicios prestados por los	J.
	médicos adscritos a la institución, medicamento	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	S
	y cuotas moderadores y demás gastos que se ha	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	EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	M
	REHABILITACION Y HABILITACION INFAI	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente 2000 per Color del quien	C
	ingreso con fecha 💉 / 6 / 9 / 20 / 19/9/9-19		
2	Intereses de plazo:	\$ \Q', \\	1
œ	3 Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	ior 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.

Nombre del paciente:		Nombre del responsable:	
Firma paciente: / M/ S/A 6/ S// J/Q	c.c.: 3,245 799 de-	Firma responsable: 🔏	



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

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:	de instrucciones:
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 oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	

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, mi 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
- 'n patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
- Ω 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 tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- Ö Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ĹШ necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta ciáusula. 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.

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 de mi petición. obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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

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 mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y 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
_	itenido de esta cláusula y h
	haberla comprendido a cabalidad,
	, razón por la cual entiendo

cc: 3.22:	Nombres Christy
299.	el Silva
	3