FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Versión: 0	Página 1 de
PARA PACIENTE	Original:21/12/2016	Actualización://
FORMATO PAGARE	Documento Controlado	FR- GFCT -01
Cunica	opings of	inde kinger
Const		Party ANDER

~

363

PAGARE No.

10/10sotros: * 0/92 Lucia Amana VIbano 1/0 17 Corro Amana Karan
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
ctivited from NATITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
oor la cantidad de:
Por Por
ntereses de plazo:
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
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 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
le él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de
interioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso
le 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 pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
ni cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
VACIONAL 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.

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

Se

dne

de instrucciones,

carta

<u>0</u>

y/o \_\_\_\_\_de conformidad de

será llenado por el acreedor,

Firma(s):\_\_\_\_\_ Este pagaré

Bogotá D.C.,		-			
yo/nosotros,			у/о		
identificado(s)	como aparece al pie de	e nuestras firmas,	autorizamos a	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	CONSORCIO y/o al
N OLDITINI	IACIONAL DE DEMENCI	IAS EMANUEL S.A	.S., y/o EMM	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	REHABILITACION Y
HABILITACIO	INFANTIL S.A.S	para llenar los	espacios er	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	distinguido con el
No.	dne en	n la fecha hemos sur	scrito a favor d	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	CONSORCIO y/o al
INSTITUTO N	IACIONAL DE DEMENCI	IAS EMANUEL S.A	.S., y/o EMM	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	<b><i>VEHABILITACION Y</i></b>
HABILITACIO	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	orme cón las siguient	es instruccione		

- 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 CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha <del>,</del>i
  - 2. Intereses de plazo:\_\_\_\_\_3. Intereses de mora a la máx
- 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.



## nde minus Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ **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

de III peddoll.	La autoriza es veras, o rectificació obligación	in in	D.	Ú.	ф , до до до	Declaro qu CLINICA EMMANUI del crédito	Telefono(s):	Trabajador Dirección:	Teléfono(s):	Dirección:	Parentesco o calidad e Empresa empleadora:	Estado Civil:	Cedula de	Datos gene Nombres:
Ξ.	ción anterio ompleta, ex o y a que o de indicarmo	uministrar a mis relacio gistros púb	stas puedar onservar, ta ecesario sei	significativa. Enviar la infi SUPERFINA	onsular, en omo deudor eportar a la omo sobre atrimonial de esempeño de	Declaro que la informació CLINICA EMMNAUEL ( EMMANUEL INSTITUTO del crédito solicitado, para:		independie			o calidad er npleadora:		\ Cedula de ciudadanía: 🔨	rales de qui
	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 mi postratón.	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 er registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. 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 v F de esta cláusula	significativa.  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	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeno como deudor, mi capacidad 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 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 m desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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 acreedo del crédito solicitado, para:		Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección:			Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	*12505	NO N	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones Nombres: $\frac{1}{2}$
	pedirá ejern slizada, y en sobre las c o lo pida, qu	es de inform iales, finan i de datos p	nalizarla, cla entidad) cor us reglamen	nencionada las demás	de informa de informa niento, se que éstas proposar después o	ne (mos) s IRCIO y/ HABILITA		ón u oficio)			ía, si no es	6	535	)) a suscribi
	cer mi dere n caso de q correcciones sien consult	nación de ric cieras y el vúblicas o do	asificarla y l no en las ce ntos la infor	a las centi entidades p	o para val ción de ries hubiere, de bresenten u de haber cr	uministrado o al INS CION Y H <i>I</i>			And designated in constructions of the second		el paciente:	8	.556	r pagare y ca
	cho a corro lue no lo se s efectuada o mi histori	esgo datos n general s ocumentos	luego sumir entrales de mación ind	rales de rie públicas que	lorar el ries sgo datos, e mis obliga ma informa uzado y pro	es verídic Nabilitaci					2		, consulta	carta de ins
	borar en cu sa, a que so s. Tampoco a de desem	relativos a ocioeconón públicos.	iistrarla a d riesgo, con icada en lo	ego de ma	go futuro d go futuro d tratados o : aciones crea ción veraz, ocesado div	a y doy mi ACIONAL ON INFAN					12.00 C			strucciones:
	ualquier tie e deje cons o liberará a peño credit	mis solicitu nicas que y	ichas centr las debida: s literales B	inera direc	e conceder e conceder sin tratar, t diticias, o c pertinente, ersos datos	consenting DE DEN								§ 0
	mpo que la tancia de r a las centra icio duranto	des de créd o haya ent	ales. s actualizac	ta y, tamb vigilancia y	me un créd anto sobre de mis deb completa a útiles para	entimiento de expreso e in <b>DEMENCIAS EMANUEL S.A.S</b> o a quien sea en el futu			-					·
	informacioni desacue ales de inference de inference de inference los seis m	lito como o tregado o o	iones y dui	ién, por in / control, c	lito. el cumplin el cumplin eres legale actualizada a obtener u	ea en el fut								
	ón suminist irdo, a exig formación o neses anter	tros atenua que conste	rante el per	itermedio ( on el fin de	mi desem nento opor is de conte y exacta c	rrevocable a la _ <b>S.A.S., y/c</b> turo el acreedo								
	trada Jir su Je la	n er	iodo	due je la	tunc tunc inido le m	a la <b>y/c</b> edo								

Firma:

2000

1002

Chris

C.C.:

2

N

356

Co

しいりないの

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

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

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,