	Chrica Chrica Entineguel	
ade Commence	Constant of the constant of th	

0	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ALIZADOS
English Charles	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
1 nde Sancias a	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de
		PAGARE No.	
Yo/nosotros: Yo/no	mi (nuestras) firma(s), declaramo	Consuctorial Teller % y/o ce al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incol EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	ncondicionales de
por la cantidad de: Capital:	BILITACION Y HABILITACION I	NFANTIL S.A.S en adelante simplem	ente el acreedor, Por
intereses de plazo: intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	zada por las autoridades monetari	35.	Por
otros gastos:	zada poi las autoridades illorietario	35.	Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera o al tenedor de este pagare, el díadedededel año	ro al acreedor en sus oficinas de B		22 no. 142-63, o en su orden, 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	as obligaciones insultas y los gasto arias. TERCERO: que en caso de	s pagaremos intereses moratorios a la cobro judicial o extra judicial de este esí como el valor del impuesto de tiro	a tasa de máxima pagare serán de
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 etana prejudicial, se establecen en un 20%, sobre el valor de la obligación más sus accesorios de arreglo directo o de pago a la etana prejudicial, se establecen en un 20%, sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	de la respectiva demanda judicial, ses a la máxima tasa fijada para la a prejudicial se establecen en un c	sobre los intereses pendientes, debido mora. QUINTO: los honorarios de a	os con un año de abogado, en caso
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	os impuestos que causen este pag pagaré será llenado por CONSC UEL S.A.S., y/o EMMANUEL IN:	aré, quedado al acreedor facultando p RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o STITUTO DE REHABILITACION Y I	para pagarlos por al INSTITUTO HABILITACION
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	on las instrucciones que en docu tículo 622, inciso 2 del código de c	S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de de con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	ra tal efecto, de
Este pagaré será llenado por el	por el acreedor, de conformidad de	la carta de instrucciones, que s	se suscribe hoy
CARTA DE INSTR	UCCIONES PARA LLENAR PAG	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	25 cg
otros,			
s) como aparece al Dinacional de Del Sion Infantil son Nacional de Del Sion Infantil S.A.	EMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMM S.A.S. para llenar los espacios en que en la fecha hemos suscrito a favor o EMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMM A.S conforme con las siguientes instruccione	CONSORCIO CLINICA NUEL INSTITUTO DE blanco del pagare CLINICA EMMNAUEL NUEL INSTITUTO DE	REHABILITACION Y distinguido con el L CONSORCIO y/o al REHABILITACION Y
1. El valor del capital será la suma to médicos adscritos a la institución, r y cuotas moderadores y demás gas EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITA	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritari médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanuel y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SEMANUEL SEMAN	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 EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente Consol Venes (1000), a quien quien	prestados por los uebles), copagos PRCIO CLINICA INSTITUTO DE INSTITUTO DE
 Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 	sa permitida por las autoridades m	onetarias.	
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.	s) a pagar los gastos de las cobrai o con estas instrucciones, si al mor el saldo en caso de que se haya l	nismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta s cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	que haya lugar a nbrado la cuenta
Firma paciente:	de de	Nombre del paciente:	
Firma responsable: Harra Consu	de zpagovea	Nombre del responsable: Haria Consucto Tallaz	de tallaza
Tribition services and control of the control of th			

Content	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ADOS
STEELESS AND THE STEELE	Documento Controlado	Original:21/12/2016 Ve	Versión: 01
And MARKE. Inde: Promosing	FR- GFCT -01	Actualización:// Pág	Página 2 de 2
AUTORIZACIÓN PARA CONS SU	NSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	IEN
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	suscribir pagare y carta de instruce	ciones:	
Cedula de ciudadanía: 35 GILYTA	13		
Estado Civil: Soldovo			
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	si no es el paciente:		
Empresa empleadora: Prestacion	ion de celucios		
Dirección: San gabrel) Zipagora		
Teléfono(s): 311 853 40万3			***************************************
Trabajador independiente (profesión u oficio):	ı oficio):		
Dirección:			
Telefono(s):			177
Declaro que la información que he (i CONSORCIO CLINICA EMMNAUI EMMANIEI INSTITUTO DE REHAR	mos) suministrado es verídica y c EL y/o al INSTITUTO NACI	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 EMMANIJEI INSTITUTO DE REHABRITACION Y HABRITACION INFANTITIS A S.O. 2 millar sea en el firtiro el acreador	A.S., y/o
del crédito solicitado, para:			
A. Consultar, en cualquier tiem	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para consolidar, en capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito	A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor mi canacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concedermo un crédito	lesempeño
מונים מכממים ווו לימממים	חב להכיזו בי ומוכומו מומל כי ווביאל ומ	ונמוח מב כחוכבמבוווב מוו כובמונה.	

- 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 mi 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 В.
- 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. ن
- Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo Ö
- necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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. ш

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

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 públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

eclaro	lados	y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
sus alcances y	inces y sus implicaciones.	

one and the second seco		
THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRE		
-		
2	(21/1/21)	Telles 18
a Consocio Telle		Larice Consucto
Nombres ACAVICA	51.1.11.152	
Nombres	C.C.:	Firma: