

 Consorcio Clínica Emmanuel Emmanuel	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
 Inde Instituto Nacional de Demencias Emmanuel	FR - THRL - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: ---/---/---	Página 1 de 2

PAGARE No.

920 F

Yo/nosotros: Juan Felipe Pico Tovar y/o _____ identifica
 do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de **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** en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:

capital: _____ Por _____
 intereses de plazo: _____ Por _____
 intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: _____ Por _____
 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, o al tenedor de este pagare, el día _____ de _____ del año _____. **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 occasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar 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 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.

Firma(s): Juan Pico y/o _____ Este _____
 pagaré sera 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

Bogotá,D.C.,yo, _____ y/o _____
 Nosotros, _____
 identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a **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** para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. _____ que en la fecha _____
 hemos suscrito a favor de **CLINICA EMMNAEUL 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 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 moderadoras 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 INFANTIL S.A.S**; del paciente _____

quién ingresó 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 cobranzas 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: _____

Nombre del responsable: Juan Felipe Pico Tovar

C.C.: 1019142685 de Bogotá



Firma:

C.C.:

Número:

Olga 142683Olga 142683Olga 142683

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

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información divulgar la información suministrada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de centrales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Y a que se informa sobre las correciones efectuadas. Tampoco liberaría a las centrales de información de la obligación de indicarme, veras, cumplida, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se déje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es

exacta y que constituya mi historia de crédito durante los seis meses anteriores de mi petición.

E. 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.

D. Consecuvar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario se hablado en sus reglamentos la información indicada en los literales B, Y E, de esta cláusula.

C. 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.

B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis debidas actualizaciones y deudas pendientes de haber cruzado y procesado datos útiles para obtener una información significativa.

A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo futuras de concederme un crédito.

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y soy mi consentimiento de expresar e irrevocable a **CONSORCIO CLINICA EMMANUEL Y/O INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S.** o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

Teléfono(s): _____

Dirección: _____

Trabajador independiente (profesión u oficio): _____

Teléfono(s): 489 2762Dirección: ALC 123 #13180

Empresa empleadora: _____

Paretesco o calidak en la que actua, si no es el paciente: AltoEstado Civil: SolteroCedula de ciudadanía: Olga 142683Nombre: Olga Helle Pico Tovar

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagaré y carta de instrucciones:

AUTORIZACION PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Formato PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Versión: 01	Página 2 de 2
FR - TRL - 04		Actualización: --/-/----	
			