

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR – THRL – 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

PAGARE No.

903 F

Yo/nosotros: Maria Elena Rincón Márquez 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): Maria Elena Rincón Márquez y/o \_\_\_\_\_ 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

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 EMMNAEEL 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 occasionados 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 INFANTIL S.A.S**; del paciente \_\_\_\_\_

quien ingreso 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 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.

Firma paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma responsable: Maria Elena Rincón Márquez de \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: Maria Elena Rincón Márquez de \_\_\_\_\_

C.C.: 46 664 371 de Duitama

Firma:

C.C.:

Número:

+ 46 661 311

FIRMA

Números + Hasta El día 12/10/2013

sus alcances y sus implicaciones.

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

matemáticos, conclusiones de ellas.

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

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

y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco libraría a las centrales de información de la obligación de indicarme, veces, completa, exacta y ecualizada, 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 impide ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es

públicos, bases de datos públicos o documentos públicos.

mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo hayo entregado o que consten en registros

E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a necesarios, señaldo en sus reglamentos la información indicada en los literales B, Y, E. de esta cláusula.

D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo pendan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrara a dichas centrales.

SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia directa y, también, por intermedio de la enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la

C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de diversas utilidades para obtener una información significativa.

dicular despues de haber cruzado y procesado diversos datos utilidades para obtener una información como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de contenido patrimonial de sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de

B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como deudor, mi 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

REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

CLINICA EMMANUEL Y/O INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S, Y/O EMANUEL INSTITUTO DE

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y soy mi consentimiento de expresado e irrevoicable a el CONSORCIO

Teléfono(s):

Dirección:

Trabajador independiente (profesión u oficio):

Teléfono(s): 460 4961

Dirección: Bucaramanga Avenida 239-34

Empresa empleadora: Compañia de Ferrocarriles

Estado Civil: Casado

Cedula de ciudadanía: 46-661 311

Número: Hasta El día 12/10/2013

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	Número: Hasta El día 12/10/2013	Inde: Emmanuel Instituto de Neurologia	Inde: Emmanuel Instituto de Neurologia
Original: 29/06/2017	Versión: 01	FR - TRL - 04	Actualización: --/-/----
		Página 2 de 2	