

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/---

Página 1 de 2

PAGARE No.

868 F

Yo/nosotros: \*Julio cesar charr 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): \*Jesse Tee L 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 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 Juanid charr 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 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: Jesse Tee L Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 C.C.: 7-689-07 de NCIUA

Firma responsable: \*Julio cesar charr  
 Nombre del responsable: \*Julio cesar

C.C.: 7-689-07 de NCIUA



Firma:

C.C.:

Número:

S. 689-071-NCLIA  
S. 689-071-NCLIA  
S. 689-071-NCLIA

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

que sus implicaciones 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 a (la entidad) ya las centrales de información divulgar la información mencionada para

cuando 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 libera a las centrales de información de la obligación de registrar su rectificación versas, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se dese constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación la autorización anterior no me impide ejercer mi derecho a corroborar en cualquier momento que la información suministrada es

públicos, bases de datos públicos o documentos públicos.

mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a

necesario señalar 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

puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.

E. Suministrar a las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas

superficie a las centrales mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la

entregar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la

deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos para obtener una información significativa.

fal forma que éstas presenten una información crediticia, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de

sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial como

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 futuro de concreme un crédito.

A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como

reclamo que la información que he (mos) suministrado es verídica y soy mi consentimiento de expresó e irrevocable a al CONSORCIO

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

REHABILITACION Y/O AL INSTITUTO NACIONAL INFANTIL S.A.S o quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

Teléfono(s):

Dirección:

Teléfono(s):

Dirección:

Teléfono(s):

Dirección:

Estado Civil:

Cédula de Ciudadanía:

Número:

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

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

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