

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

PAGARE No.

949 F

Yo/nosotros: *Jeroncio Rodriguez*

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): *Jeroncio Rodriguez* 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 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: *Jeroncio Rodriguez* _____ de _____

Nombre del responsable: *Jeroncio Rodriguez* _____ de _____

C.C.: 11296003 _____ de Geraldot _____

Declaro haber leido 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 mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de riesgos de competentes; el cumplimiento de las competencias legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos

La autorización ejercer mi derecho a corregir o rectificar la información suministrada es completa, exacta y ecuizada. Y en caso de que no lo sea, a que se dese constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco libraría a las centrales de información de la obligación de inclarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

publicos, bases de datos publicas o documentos publicos.

suministradas a las autoridades de imigración de regreso financieras y en general sociocognitivas que yo haya entrégado o que consten en registros mis relaciones comerciales, financieras y profesionales, así como otros atenuantes a mis solicitudes de credito como la constancia de que no soy un delincuente ni un estafador.

Concluyendo, se establece en los artículos 16 y 17 de la legislación que se establecen las sanciones y penas para el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la legislación.

SOBRE EL INTRANETWORK es un sistema que integra todos los sistemas productivos que operan en la misma red y con el fin de que estos puedan tratarla, clasificarla y luego suministrarla a dichos centros.

Enviar la información mencionada a las centrales de manejo directa Y, también, por intermedio de la SUPERINTENDENCIA a los demás establecimientos que tienen competencias de autoridad en materia de agua.

Reportar a las autoridades de información de datos personales en caso de que se detecte una violación de la legislación.

Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deductor, mi capacidad de pago para volcar el riesgo si tengo la condición

CLASICA EMERITANADEL Y/O AL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMANUEL INSTITUTO DE HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

o que la información que he (mos) suministrado es verídica y/o mi consentimiento de expreso e irrevocable a CONSORCIO

Teléfono(s): _____

Dirección: 313 423 30012
Intendente: Alvaro Coto
Intendencia: Alvaro Coto

Telephone(s): 313 423 0012

Dirección: Calle 22 # 106 61
Entidades implicadas: Ayuntamiento

Parientesco o familiar en la que actualmente, si no es el paciente:

Cedula de Ciudadanía: 112-12-023 Estado Civil: Casado - Señor

Names: *Glennon Padgugan Bunt* Numbers: *11291506*

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

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

AUTORIZACION PARA CONSULTA EN INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUEN SUSCRIBA

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		FR - THRL - 04	Actualización: --/-/----	Página 2 de 2
Original: 29/06/2017	Versión: 01			 <p>MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE CHILE</p>