

 Emmanuel INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
FR - THRL - 04		Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización: ---/---/---	Página 1 de 2

PAGARE No.

950 F

Yo/nosotros: Martha Esperanza Ouyano Muñoz 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: _____ Por _____ 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 ocasionen, 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): Martha Esperanza Ouyano 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 _____ 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 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: _____

Nombre del responsable: Martha Esperanza Ouyano Muñoz
 C.C.: 355247070 de Facatativá.

Firma:

C.C.:

Número:

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagaré y carta de instrucciones:
 Número: 35524030 . Dijano Huizo .

Autorización anterior no permite a (la entidad) ya las centrales de información divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de centrales legales y, segundo, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos competentes el cumplimiento de más deberes constitucionales en crédito, segundamente, a evaluar las autoridades públicas La autorización anterior no permite a (la entidad) ya las centrales de información divulgar la información mencionada para sus alcances y sus implicaciones.

La autorización anterior no permite a (la entidad) quien consulto mi historia clínica durante los seis meses anteriores de mi petición, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia clínica durante los seis meses anteriores de mi petición, y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, varias, completa, exacta y ecuizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje 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

publicos, bases de datos públicos o documentos públicos.

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

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

C. 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.

C. Envíar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la Superfinanciera dentro de haber cruzado y procesado datos útiles para obtener una información significativa.

B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como deudor despues de haber presentado una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como

tal forma que éstas presenten una información veraz, de mis obligaciones crediticias, 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

A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el futuro de crédito.

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

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

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y soy mi consentimiento de expresar e irrevocable al CONSORCIO

Teléfono(s): _____

Dirección: _____

Trabajador independiente (profesión u oficio): _____

Teléfono(s): 3133826469 - 3105885292Dirección: Calle 15 n - 4 - 08Empresa empleadora: 10 de diciembreParientesco o familiar en la que actúa, si no es el paciente: HermanaEstado Civil: Se casóCédula de ciudadanía: 35524030Nombres: Hector Espinoza Dijano Huizo

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

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

PAGARÉ Y CARTA DE INSTRUCCIONES

FORMATO PAGARÉ PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	 Instituto de Salud Pública de Colombia	
Original: 29/06/2017	Version: 01	FR - TRL - 04