FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS nde promo

\sim g. Versión: Página 1 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado FR- GFCT -01

. 0
o.
Z
PAGARE
A.G.
<u> </u>

92

Yolnosotros: Ina Hayala Dia Suntabo Velasamez D.
ramos:
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANIJEI INSTITUTO DE BEHABILITACION Y HABILITACION INFANTILIS A Sen adelante simplemente el acreedor
por la cantidad de:
Capital:
intereses de plazo:
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
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
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima

suscribe Se dne de instrucciones, carta conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. <u>a</u> de conformidad ф será llenado por el acreedor, SIOR 50 Este pagaré Firma(s):

mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO 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

SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré,

quedado al acreedor facultando para pagarlos por

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.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá D.C.,			
yo/nosotros,		0/λ	
identificado(s) cor	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o	autorizamos a CLINI	ICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o
INSTITUTO NAC	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO DE REHABILITACION
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con	espacios en blan	nco del pagare distinguido con
No.	que en la fecha hemos s	uscrito a favor de CLI	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o
INSTITUTO NAC	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	A.S., y/o EMMANUEL	INSTITUTO DE REHABILITACION
HABILITACION 1	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siquientes instrucciones:	ites instrucciones:	

< s = < s - </pre>

- 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 moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente.
- Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 3 .

ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:		Nombre del responsable:	
Nor	de		de
Firma paciente:	C::	Firma responsable: $\sim \int_{\mathcal{O}} \mathcal{B} \mathcal{C} \mathcal{C} \mathcal{C}$	CC: 43/19344



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR-GFCT-01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Página 2 de 2 Versión: 01

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Datos genera Nombres: Cedula de cir Cedula de cir Estado Civil: Parentesco o Empresa em Dirección: Teléfono(s): Trabajador i Telefono(s): Telefono(s): Declaro que EMMANUE	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:///////////////////////////////////
Declaro o CLINICA EMMANI del crédit	Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:
B. 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 riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
Ç	
n Ö	
Ĺ	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.
La autori es veras,	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su
rectificac obligació	rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

de mi petición.

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

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

Firma:

5

2010

K

X

1111

D192

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.