Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: Documento Controlado FR- GFCT -01

047
PAGARE No.

ro/nosotros: Danel Herrando Chaves Posas.	2
, declaramos: P	ales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	, ٔ ۷/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	eedor,
por la cantidad de:	Por
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,	orden,
o al tenedor de este pagare, el día de de del año SEGUNDO:	Š
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	náxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	rán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	y lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	in caso
de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	sorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	los por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	TTOTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	CION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	cto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

dne

instrucciones,

de

carta

<u>o</u>

ф

conformidad

de

págaré

Firma(s):

%

INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: CONSORCIO y/o REHABILITACION identificado(s) como aparèce al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare _/\o__ Rojes. Chouch D.C., ros, Doniel Hernando yo/nosotros,

- 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 El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los ingreso con fecha ب
 - Intereses de plazo:_
 - Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 3 %

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

Nombre del paciente:	Nombre del responsable Danel Hernando Chaver Rojas
- p	Lund Rumb.
Firma paciente: C.C.:	Firma responsable: C.C.: <u>/o?s?yy&</u> 6

	TANKAN AUTEL	Christian Echiganian
FR- GFCT -01	Documento Controlado	FORMATO PAGARE
Actualización://	Original:21/12/2016	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA
Página 2 de 2	Versión: 01	TALIZADOS

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

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 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
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
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.
necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datös relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes
estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesco do manoro dispetado la contrales de contrales de riesco.
b. 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
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:
Telefono(s): 3173825139 - 3579126
Dirección: Carrera 14 BIS # 153-81 Interior 3 Apartamento 302
Trabajador independiente (profesión u oficio): Abogcdo しれなんし.
Teléfono(s): 3173825139-3579126
Dirección: Ocriera 14 Bis # 153-81 Tribasi 3 Aportamento 302
Empresa empleadora: Inde pendione.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $MoU^{iO}/$
Estado Civil: Sollero
Cedula de ciudadanía: 1.022.745.035. Ok Boyoté
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: しついも 十をいってんっ Chove、化のにき、

Firma:

C.C.:

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

sus alcances y sus implicaciones.

Janiel

Hernando

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,