Charles as	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
And the state of t	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No.

231

116.

7

YO/nosotros: Mariely Counters Marin you Dersy Alejancha Jaram
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
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 en 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:
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 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 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
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

Se dne Janamille. @ carta de instrucciones, Se154 <u>a</u> pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de % Ż Cumtero. Firma(s): Marielly

hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y REHABILITACION Y Siguientes instrucciones: yo/nosotros, Hanielly County And yo のでいらい Sonamillo (C.) identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o instituto nacional De Demencias Emanuel S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION D.C., Bogotá

- 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 エカトロン イルウロルイド 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 ingreso con fecha
- 2. Intereses de plazo:3. Intereses de mora a la
- 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.

		di
Nombre del paciente:	-	رست Nombre del responsable:
	- de	Courtno Han
		Marielly
Firma paciente:	.c.:	Firma responsable:



nde moss Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

La autorización a es veras, comple rectificación y a obligación de ind	E. Sumini a mis ı registro	estas p D. Conser	significativa. C. Enviar la int SUPERFIN.	B. Report como s patrimo desem	A. Consul	Declaro que la información CLINICA EMMNAUEL (EMMANUEL INSTITUTO del crédito solicitado, para:	Telefono(s):	Dirección:	Trahaiador inden		Dirección:	Empresa empleadora:	Parentesco o cali	Estado Civil:	Cedula de ciudadanía:	Datos generales Nombres: \(\text{\tint{\text{\tin}\xi}\\ \text{\tin\text{\texi{\text{\text{\texi\text{\\ \ti}\\\ \tinity}\\\ \text{\tiinte\text{\text{\text{\text{\texit{\text{\texi{\text{\texit{\ti
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 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	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 públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula	significativa. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que	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	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño	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:		Dirección:	ondiente (profesión moficio).	10201	イムボーンサで ロ	ora:	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	softena.	inía: 38.891681	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: ਪਿਕਤੇ ਪਿਸ ਿੰਦ ਲਾਵਿਕਤਸ
r mi derecho a corroborar e caso de que no lo sea, a qu rrecciones efectuadas. Tam en consulto mi historia de de	ción de riesgo datos relativo eras y en general socioeco blicas o documentos público	ificarla y luego suministrarla o en las centrales de riesgo, os la información indicada e	las centrales de riesgo de ntidades públicas que ejerce	o para valorar el riesgo futu ón de riesgo datos, tratado ubiere, de mis obligaciones esenten una información ve haber cruzado y procesado	s centrales de riesgo toda la	ninistrado es verídica y do al INSTITUTO NACIOI ION Y HABILITACION IN				ŀ	loi の い ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		paciente:			pagare y carta de instruccio પેલ્સ રેમ
en cualquier tiempo que la ir se se deje constancia de mi poco liberará a las centrale sempeño crediticio durante l	os a mis solicitudes de crédito onómicas que yo haya entre	a dichas centrales. con las debidas actualizacion n los literales B v F de esta	e manera directa y, tambiér In funciones de vigilancia y c	ro de concederme un crédito s o sin tratar, tanto sobre el crediticias, o de mis debero raz, pertinente, completa act diversos datos útiles para o	información relevante para	/ mi consentimiento de exp VAL DE DEMENCIAS EN FANTILS.A.S o a quien sea										nes:
nformación suministrada desacuerdo, a exigir su es de información de la os seis meses anteriores	o como otros atenuantes gado o que consten en	nes y durante el periodo	n, por intermedio de la control, con el fin de que	o. I cumplimento oportuno es legales de contenido tualizada y exacta de mi obtener una información	conocer mi desempeño	entimiento de expreso e irrevocable a la DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor										

Firma:

Yourell

C.C.:

3

288648

Nombres

Lamelly

Sw. Acre

Kanin

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

reg es

de mi petición.