	Cholica Engraphica	FORMATO PAGARE PARA PA	PARA PA
	should come	Documento Controlado	Original:23
MANIEL	nde maer	EB- CECT -01	1007 JOH

2 Página 1 de Versión: 01 1/12/2016 Actualización: --/--/-Ş 5 5

CIENTES HOSPITALIZADOS

PAGARE No.

178

MONOSOGTOS: PURP EUTEN BETHERMIRE METSOUS EPURR DO MORR
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de: Por
Por Por
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 deLcódigo de comercio.

Se dne carta de instrucciones, Ø de conformidad de CLEABETH pagaré será llenado por el acreedor, Firma(s): FLURE Este

hoy

suscribe

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Boantá D.C				7.74
vo/nosotros.		0/Λ		
identificado(s) cor	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	ras firmas, autorizamos a	CLINICA EMMNAUEL (CONSORCIO y/o a
INSTITUTO NAC	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	IANUEL S.A.S., y/o EMM	ANUEL INSTITUTO DE F	REHABILITACION Y
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con e	llenar los espacios en	blanco del pagare	distinguido con e
No.	que en la fec	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	e CLINICA EMMNAUEL	CONSORCIO y/o a
INSTITUTO NAC	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	IANUEL S.A.S., y/o EMM	ANUEL INSTITUTO DE 1	REHABILITACION Y
HABILITACION 1	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	n las siguientes instruccione	2.5	

- ingreso con fecha \dashv
 - 3 6

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 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: HURH C	Lab ひとける ひないし ひののひののとととし
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: PLURISE RAMTREZ	CC: (XX, XX) (30)



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

Vombres: AURIA ECTERISETA RIMITACE SUBTREC
Cedula de ciudadanía: 23, 453, 133
-stado Civil: CASADA
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: ESPOS P
Impresa empleadora:
Dirección:
·eléfono(s):
rabajador independiente (profesión u oficio): HOの日R
Dirección: Calle 1810.13-59

del crédito solicitado, para; 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 Telefono(s):

3102702004

- como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- ₽ 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 Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
- Ö \bigcirc 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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- 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. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes
- ĹΠ a mis relaciones comerciales, financieras registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

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

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

KHYTER

Firma:

HURN

KHYIREC