FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado -01 FR- GFCT

PAGARE No.

164

de Página 1

Versión: 01

2

Yo/nosotros: S€wn→	Jolanda	10Va	%	VA NOTE Florencio Dicz
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de	l pie de mi (nuestras) fi	rma(s), declaramos: PR	KIMERO: que somos o	deudores incondicionales de
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	ISORCIO y/o al IN	STITUTO NACIONA	IL DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILLITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	REHABILITACION Y	HABILITACION INFA	NTIL S.A.S en adelan	te simplemente el acreedor, Por
				Por
ntereses de plazo:		-		Por
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	autorizada por las aut	oridades 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,	de dinero al acreedor eı	n sus oficinas de Bogotá	i D.C., en la Carrera 22	no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día	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	sobre las obligaciones	insultas y los gastos paç	jaremos intereses mor	atorios 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	monetarias. TERCERC): que en caso de cobro	o judicial o extra judic	al 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	os que por dicha cobra	ınza se ocasionen, así c	omo el valor del impu	esto 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	fecha de la respectiva	demanda judicial, sobre	los intereses pendien	tes, debidos con un año de
anterioridad o mas, pagaremos intereses a la màxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	intereses a la maxima	tasa fijada para la mor	a. QUINTO: los hono	rarios de abogado, en caso
de arregio unecco o de pago a la ecapa prejudicial, se establecement un 2070 sobre et Valor de la obligación mas sus accesornos. SEXTO: que serán de miectro cardo los impriectos que carese este pagasé, quedado al acreador facultando para pagarlos por	ia etapa prejudicial, ser Cardo los impliastos dir	estableceil eil uil 2070 : la cailsan asta nagará	sobile ei vaiol de la obi medado al acraedor fr	igación mas sus accesonios.
DENTICY que serial de messario cargo los mipaestos que causen este pagare, que autra este consonero para pagarios por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al INSTITUTO	Cargo los mipacostos da Este pagaré será lle	nado por CLINICA E	MMNAUEL CONSOR	CIO v/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	EMANUEL S.A.S., y/c	DEMMANUEL INSTIT	UTO DE REHABILIT	ACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	iidad con las instruccio	ones que en document	to a parte hemos im	partido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el articulo 622, inciso 2 del codigo de comercio.	en el articulo 622, incisc	o 2 del codigo de comer	.clo.	
Firma(s):	Tonar	ο/λ		
Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy	oor el acreedor, de	conformidad de la c	carta de instruccione	es, que se suscribe hoy
		was we were the desired the state of the sta		
CARTA DE	INSTRUCCIONES PA	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	CON ESPACIOS EN	BLANCO
Booots D.C.				
,;;; and an				in the second se

HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 conforme con las siguientes instrucciones:

- 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
- Intereses de plazo: 3.
- 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 es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. 2

	Jenny TOVar
Nombre del paciente:	Nombre del responsable: Jenny TOVar
de .	de
	Tovaf
irma paciente:	Firma responsable: Serving Tourst

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

Nombres Deviny Yolanda Tover G. C.C.: 52740682
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
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 de mi petición.
necesario senalado en sus reglamentos la información indicada en los literales b. y E. de esta ciausula. 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 públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
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 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
 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. 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:
): 7899909 हाम हिन्न ()
Trabajador independiente (profesión u oficio): らいで ck Dirección: 多いと しゃら みかをいことら ナー チー
Teléfono(s):
Dirección: AU (as a mexicas 71A71
Segu
o calidad en la que a
2
Cedula de ciudadanía: Sとうくりらずと
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: つきべいら こうしょうしょう しょうしょう しゅうしゅう こうしゅうしゅう こうしゅうしゅう こうしゅうしゅう こうしゅうしゅう しゅうしゅう しゅう

Firma:

Jenny

Yolanda

Tower.

C.C.: