esspecial de la constant de la const	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
sprants are	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
And Attached to the state of th	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

FAGAKE NO.	
rolnosotros: Allo Rolla Dig Tosa Billo	16
4 C ¥	nales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	creedor,
oor la cantidad de:	Po.
dpital. ntereses de plazo:	
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	 - Por
	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,	u 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	máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	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	ay lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	n año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	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.	sesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	arlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	TITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	ecto, 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

Se

instrucciones, que

de

carta

<u>0</u> ф

conformidad

ge

el acreedor,

será llenado por

pagaré

Este

Firma(s):

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 HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION CONSORCIO y/o identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL D.C., yo/nosotros, Bogotá

- 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
- 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.

irma paciente:	irma responsable: ナイバルイダン トメレルの Nombre del responsable:
----------------	---

nde miss

Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Versión: 01

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

FR- GFCT -01

Actualización: --/--/-

Página 2 de 2

Datos gener Nombres: Cedula de ci Estado Civil: Estado Civil: Parentesco o Empresa em Dirección: Teléfono(s): Trabajador i Dirección: CLÍNICA I	Datos generales de quien(es) ya(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:
Trabajado Dirección:	ador independiente (profesión u oficio):
Telefono(:	10(S):
Declaro q CLINICA EMMANU del crédito	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:
₽ ≯	 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
Ċ	. 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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
•	
ίπ	,
La autoriz es veras, rectificaci	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	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

Firma:

Playandro

1107

C.C.:

012

8

Nombres

Tallation

sus alcances y

sus implicaciones.

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,

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