Chalco Enmanues	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Chableton of the Control of the Cont	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión:
nde frame	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1

Página 1 de 2

PAGARE No.

Versión: 01

PAGAKE NO. 106	
YO/nosotros: Hang Yeins Clerren of yo Mary, Esterang Marn,	08
omo aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: P	`
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	
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 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 ei. CUARIU: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	
anterioridad o mas, pagaremos intereses a la maxima tasa njada para la mora. QUINIO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de naco a la etana premidirial, se establecco en un 2007, cobro والمراكز المراكز المراكز الم	
ac an egio an ecco o de pago a la etapa prejuantar, se establecen en un 20 % sobre en valor de la obligación más sus accesonos. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos nor	
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.	
Firma(s): Lang Clary Cherrers 1/0 (Hanji Estepain Willamil),	
JL.	
・ 1000 Mary 10	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Boaotá D.C.	
vo/nosotros, Hana Yens Cento - 1/0 Herry Estitania ullamil	my estitana ullamil
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	LINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	NUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	blanco del pagare distinguido con el
No. que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	NUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
(の) 10 mm (o)	
1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	ritaria y hospital día, servicios prestados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	stitución (bienes muebles e inmuebles), copagos
y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL
CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	JEL S.A.S., y/o_EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente Cony 65 + PRONIGION ON BRINGO	any Esteraniavillanianien

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. ingreso con fecha_ Intereses de plazo: 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.

nte:	nsable:	
Nombre del paciente:	Mana Yein General Nombre del responsable:	de
Firma paciente:	: na responsable:	

To the state of nde Since 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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: _) 이 이 이
Estado Civil: 50/tera.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: \(\(\(\) \(\) \(\)
Empresa empleadora:
Dirección: eall 148 + 10+ 170. tone 12 Apto 1103
Teléfono(s): 310 812 3030
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
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:
 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 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
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
 E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de credito 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.
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 indicarma cuando volo nida quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores.
obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desembeno crediticio du ante los seis inteses antenores

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

t

de mi petición.

C.C.:

sus alcances

sus implicaciones.

Nombres

dang

2

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Firma:

Maria