nde promie

Página 1 de 2 Versión: 01 Original:21/12/2016 Actualización: Documento Controlado FR- GFCT -01

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

PAGARE No.

037

Yo/nosotros: Velsy Mena Calvo
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:
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.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

Se

dne

instrucciones,

<u>n</u> в

conformidad

de

acreedor,

<u>n</u>

bor

pagáré será llenado

MARKET

Firma(s):

Sofered y/o Annual Consorcia, y/o de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA, y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA, y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA, y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA, y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIA y, de nuestras firmas, autorizamos a construir de nuestras firmas, autorizamos a construir de nuestras firmas de nuestra 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: yo/nosotros, //e/sy Calvo Dazara identificado(s) como aparece al pie de nuestras firma INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S eneo allo INFANTIL Pois HABILITACION D.C., Bogotá

- 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 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 ブライタハ カスック こくり quien ingreso con fecha ingreso con fecha
- Intereses de plazo: 3.5
- 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.



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado 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 gener. Nombres: Cedula de ci Estado Civil: Estado Civil: Parentesco c Empresa em Dirección: Teléfono(s): Trabajador i Dirección: Dirección: _ CIINICA I EMMANUEI del crédito s B. Re co	
del créd	dito solicitado, para:
в ≽	
Ž	
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	
ίπ	
La auto	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras rectifica obligacio	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
obligaci	zon de indicaline, cuando yo io pida; quien consulto in illistrona de desembeno credicio dul altre ios seis illeses antenio es

de mi petición.

Firma:

THE WAR

A A

sus alcances y sus implicaciones.

Nombres

Deisy

Hilens

Calo

 \cdot

190169

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

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,