On the substitute of the subst	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
functional distribution of the control of the contr	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión:
Inde process	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1

de 2

01

Po Por Por identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales 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. EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, 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, SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por 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 CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., 276 PAGARE No. del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Prade o al tenedor de este pagare, el día tus de plazo:

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

Se

instrucciones, que

de

carta

Ø

y/o >

será llenado por el acreedor, de

pagaré

Firma(s): 🔀

Guan

No. _____ 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 a INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION distinguido del pagare planco e HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: espacios los llenar 4 20% para INFANTIL S.A.S ZZZ D.C., yo/nosotros, ×

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 SONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE PEHARFILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S, del paciente y El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente dingreso con fecha Ø ingreso con fecha 🗻

. Intereses de plazo:____

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.

	able: NES PRADOS
Nombre del paciente:de	Nombre del responsable: de (2052)
Firma paciente:	Firma responsable: * Lucul

Mague Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Página 2 de 2 Versión: 01

AUTORIZACION 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: Nombres: <u>(</u> ルビら ト <u>マ ふ </u>
Cedula de ciudadanía: 70,744,90 K
Estado Civil: Prise
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: an 1307 and 128A-55 T (-30)
Dirección:
Teléfono(s): 6245730 3(66189285
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 fal 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
D. 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. 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 núblicos.
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 chiración de indicarme cuando yo lo nida quien consulto mi historia de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de indicarme cuando yo lo nida quien consulto mi historia de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de indicarme cuando yo lo nida quien consulto mi historia de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de indicarme cuando yo lo nida quien consulto mi historia de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de indicarme consulto misor de la consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de indicarme consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de indicarme consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores obligación de la consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores de consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores de la consulta de decempaño craditicio durante los seis meses anteriores de la consulta de decempaño con la consulta de decempaño con la consulta de decempaño con la consulta de la consulta de decempaño con la consulta de decempaño con la consulta de decempaño con la consulta de la consulta de decempaño con la consulta de decempaño con la consulta de la con
obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

C.C.:

Nombres

125

5

RADOS

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

Firma:

lucan

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