Portuguas Portuguas	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
C. prove calo	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión:
A DOC PROPERTY OF THE PROPERTY	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1

de 2

211

PAGARE No.

01

Yolnosotros: Leener Sovetings
irma(s), declaramos: P
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:
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 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

þó

suscribe

instrucciones,

de

<u>a</u>

conformidad

qe

acreedor,

o

será llenado por

pagaré

RONDA

Firma(s):

0

Penc

BUNNIE carta

3ogota D.C.,				,
/o/nosotros, Lec	Leoner Sondyez	y/o	1/0 Janner Rens Olwter b.	wtc. 0.
Jentificado(s) como apare	ece al pie de nuestras fir	mas, autorizamos a	dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	SORCIO y/o al
NSTITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAS EMANUI	EL S.A.S., y/o EMM/	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ABILITACION Y
IABILITACION INFAN	ITIL S.A.S para llenar	· los espacios en	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	inguido con el
40.	que en la fecha her	nos suscrito a favor de	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	NSORCIO y/o al
NSTITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAS EMANUI	EL S.A.S., y/o EMM/	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	ABILITACION Y
IABILITACION INFANTI	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	iguientes instrucciones		
i				

- 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 no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

or Suit de Ba	Tirma paciente:		Nombre del paciente:	Nombre del paciente: Janner Rene Olute	
de de	.c. 1022.433986	de	Becoli		
	irma responsable: निकास है		Nombre del responsable:	Leoner Sundhez	
	C.C. S1-932-985	de	B0004		



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 gene Nombres: _ Cedula de c	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 上ecvs Schoolzz Cedula de ciudadanía: Siඥ329FF
Estado Civil:	Unicon libre
Parentesco	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:	mpleadora:
Dirección: _	CAGAN-J249 MJ
Teléfono(s):); 311 836·2690
Trabajador	Trabajador independiente (profesión u oficio):ことうこう こうしょう こうしょう こうしょう しゅうしゅう こうしょう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう こうしゅう しゅうしゅう しゅう
Dirección: _	Dirección: 4264 AN 32act.
Telefono(s):	9): 31/4362690
Declaro que CLINICA EMMANUE 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.
B. D. C. P.	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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información desempeño como de para de la complexación de la como de la com
	significativa.
ര പ	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 necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
Ę, S	Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes
re a	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten er registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autoriza	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras, co	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	rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la

C.C.:

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,

constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

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

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

de mi petición.