Per Linguista	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
MANUEL INDE	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

	PAGARE No.
Yo/nosotros: Mary Los Dugue.	"Oriel Auton's Dayle.
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	claramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIFIES AS V/O
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	CION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de:	Por
capital:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	onetarias: Por
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,	as de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el díade	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	os 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	aso 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	sionen, 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	ndicial, 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	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.	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	ste 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	CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	JEL 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	en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	do de comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

dne

instrucciones,

carta

<u>a</u>

conformidad у/о

Docum.

12

identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o s
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION
HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los esnacios en blanco del nocomo dictionales. médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: ە' ج D.C., Bogotá

El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los 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 ingreso con fecha

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.

Nombre del paciente:	-	Sevilla Uqlle.
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: Mary In Dugue

Eminanuel Eminanuel Adama Inde		
FR- GFCT -01	Documento Controlado	FORMATO PAGARE
Actualización://	Original:21/12/2016	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA
Página 2 de 2	Versión: 01	ALIZADOS

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

Z D

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: $(A A A A A A A A A A A A A A A A A A A$	a de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: 2986969	
Estado Civil: Uni On Libre	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HEIMGNG.	Kimana.
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Trabajador Independiente (profesion u oficio):	

⋋ como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño del crédito solicitado, para:

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

- Φ Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información 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
- Ç estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- Ö Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- m а necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, mis relaciones comerciales, financieras bases de datos públicas o documentos públicos y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores 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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

públicas competentes el cumplimiento de mis deberes para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

sus alcances y sus implicaciones.

C.C.:

Firma: