COUNTED	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Special for a second of the se	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Amenda Niel Inde limited	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

7

PAGARE No.
Yo/nosotros: Varues Abyla Horune No Wald Yangses Richman
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: Por
Capital: Por intereses de plazo:
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.

No. The state of the second of identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y distinguido CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO pagare del blanco eu o<u>/</u> espacios los llenar para S.A.S INFANTIL HABILITACION D.C., Bogotá

suscribe

Se

dne

instrucciones,

de

<u>a</u>

ф

de conformidad

acreedor,

será llenado por el

pagaré

Este

Firma(s):

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), ingreso con fecha

HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo: 2.6

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.

20

nte:		insable:
Nombre del paciente:	- de	Nombre del responsable:
		Dodala
Firma paciente:	C.C.:	Firma responsable: Vanco Bbol din



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

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

Datos generales de quien(Nombres: \(\lambda\nu\circ\circ\circ\circ\circ\circ\circ\cir	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Vancsa Hindera Florenco
Cedula de ciudadanía: 7077472907	topsintt
Estado Civil: 50/ /	
Parentesco o calidad en la	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Kamer
Empresa empleadora:	Dapa Sothis
Dirección: C/I	6#81-25
<u></u> 	3118392807
Trabajador independiente (profesión u oficio):	profesión u oficio):
Dirección:	
Telefono(s):	
Declaro que la informació CLINICA EMMNAUEL (EMMNAUEL INSTITUTO) 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 del crédito solicitado, para:
A. Consultar, en cu	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
B. Reportar a las como sobre el i patrimonial de tredesempeño com	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 m desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información
significativa. C. Enviar la inform	significativa. 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 tra D. Conservar, tanto	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
necesario señala E. Suministrar a las	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
	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 autorización anterior n	autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras, completa, exact rectificación y a que se i	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, c	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

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

Firma:

anisa

Alon L

Nombres

ans

2290

sus alcances y sus implicaciones.