-ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/-Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01 nde prodes

PAGARE No.	

de 2

Página

Versión: 01

Yo/nosotros: こうしょく ルバのイバン いっしん たい //oce / トレン //oce / トレン //oce / トレン //oce / Alantificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de Por Por Por Nos 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 de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de 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, nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., 228 del año intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias. Artonio Obro o al tenedor de este pagare, el día 5000 intereses de plazo: cantidad Yo/nosotros:

þó Se dne instrucciones, carta Ø ф conformidad % de acreedor, ā por será ^Cllenado pagaré Firma(s):

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

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

conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

parte hemos impartido para tal efecto, de

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

D.C.,

Bogotá

otros,	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	No	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por le	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copago	y cuotas moderadores y demas gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUE CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	ingreso con fecha	2. Intereses de plazo:	3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
yo/nosotros,_	identificado(s	HARTITACI	No.	INSTITUTO	HABILITACI	1. El valor de	médicos a	y cuotas r CONSOR	REHABIL	ingreso co	2. Intereses	3. Intereses

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.

No.

Nombre del responsable: こしらん

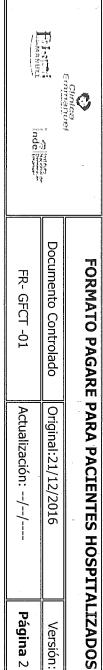
Firma responsable:

Firma paciente:

Hame

Nombre del paciente: (んり・

SS = III II



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

a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. 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 obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.
•
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
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 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
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
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:
Telefono(s):
Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s): 3204580547. 3165333078
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: CUMOCO. Finoresa empleadora: TMOCOCOLOGO.
Estado Civil: Casado
Cedula de ciudadanía: //377828
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: してらん はんしゅう んこう しんじょんい

Firma:

C.C.:

Nombres

loni

aci

0

usage

C

sus alcances y sus implicaciones.

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 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