Olivica Clinica	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Line order take	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde branch	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

7

200 PAGARE No.

Yolnosotros: Quingela Harkedo Diaz	Vo David A Svarez. 17
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	PRIMERO: que somos deudores incondicionales de INAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
emmanuel instituto de Renabillitación i nabilitación infantil s.a.s en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	IFANTIL 3.A.3 en adeiante simplemente et acreedor, Por
capital:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	NOS
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,	jotá 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	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	obro 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	sí 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	bre 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	nora. 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.	% 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	é, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	N EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ITTUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	nento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	nercio.
Firma(s): Ownered 1+4+colors	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

Se

de instrucciones, que

carta

o//o

pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la

Firma(s):_

HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el no.

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 al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y CONSORCIO y/o HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: D.C., yo/nosotros,

- 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), 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 ingreso con fecha
 - 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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:	
	de	
Firma responsable: Octubelle 1 to 1903	Firma responsable: Occupale 1the fads Diaz Nombre del responsable: Occupale 1the Lads Diaz	_11
C.C.: 51. 330, 109 1	6 B000 6	



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 generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: こいしのとしの ナー・トゥーン トゥラ
Cedula de ciudadanía: 51.730.109 31
iters
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección: }
Teléfono(s):
Trabaiador independiente (profesión u oficio): ど fecuh yo し
Dirección: Ora 58c+131A-51 Apt 104 Ent 8
31
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.
como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el nesgo futuro de concederme un credito. 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 natrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mis natrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mis
desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
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 señalado en sus regiamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. 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
regiscros publicos, pases 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

Firma:

Desugela,

大小名。

C.C.:

(V)

~ 0

_0

Nombres

Ouro, ela

hedo

y sus implicaciones.

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

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.

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

de mi petición.