Christone	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
7	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
nde francis	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

7

	TAGARE NO. 242
Yo/nosotros: M. Trethel Robinselle. Vos	Nos Joan David Valero
ramos	O: que somos deudores incondicionales de DEMENCTAS FMANIJEI S.A.S. v/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	.A.S en adelante simplemente el acreedor,
por la cantidad de:	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,	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	s 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	al 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	valor del impuesto de timbre, si hay lugar

suscribe RSO B David 150.62 Firma(s):x

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.

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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y FIVAL EN INSTITUTO DE REHABILITACION DE REHABILITACION DE REHABILITACION DE REFUNDA EN INSTITUTO DE REFU ์ INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y CONSORCIO autorizamos a CLINICA EMMNAUEL Boduyer . He No x Joan Lavid nuestras firmas, identificado(s) como aparece al pie de M. Isaka D.C., yo/nosotros,2

- El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los ingreso con fecha × 3€
 - 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.

Nombre del paciente:		de Bogo La
Firma paciente: 🗴	C.C.:	Firma responsable: M. Isakel Rode, gaz. N. C.C.: 572 837740 de Ba



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado 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

		1 1 1 1	_ `
0 5	Teléfono(s):	Estado Civil: Union libre Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: La lle lle lle lle lle lle lle lle lle ll	Nombres:
 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 significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la contrales de riesgo. 	no(s)	Civi cesco cesco cesco cesco cesco cesco cesco cesco	res: J
CLINICA EMMNAUEL (EMMANUEL INSTITUTO del crédito solicitado, para: A. Consultar, en cua como deudor, mi	inde	o cal	siuda
Information of the control of the co	<u>ya</u> 1/1	idad e	danía:
nació JEL JEL JEC Dara para en cu	ente i	en la	,
on qu CON DE III	(prof	que a	in W.
SOR REHJ RETJ REHJ REHJ REHJ REHJ REHJ REHJ REHJ REH	PSI:		3 1
CIO ABIL mpo, d de	= \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	, si no	M C ON
s) su y/o ITAC ITAC en la		0 101 1 00 00 1	J. W.
minis al XION 3S cer		M paci	N /
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 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.		ente:	
es v IIIU IBILI s de l			1
verídi I TO ITAC riesg			M.
ca y NAC			1
doy ION. INF.			
mi c AL I ANT:		Sur	17
onse DE IL S. IL S. macic			4
ederr			
ilento			
o de XAS JAS Juien Juien In cre			
expi En sea sea			
reso /ANI en e			
expreso e irrevocable a la EMANUEL S.A.S., y/o sea en el futuro el acreedor ara conocer mi desempeño dito.			
revo S.A Jro e			
cable \.s., I acm			
= 0 "			

∕Firma:

Habra

cookingues.

C.C.:

Nombres

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

Robriguez