Inde Services

Página 1 de 2 Versión: 01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ Documento Controlado FR- GFCT -01

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

PAGARE No.

	٥
١	

Yo/nosotros: Sadys Castedo H.
uestras) firma(s), declaramos: Pl /o al INSTITUTO NACION/
por la cantidad de:
intereses de plazo:
intereses de mora: a 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.
の 1000 Minus 1000 Mi

hoy suscribe Se dne instrucciones, de carta ф conformidad ф acreedor, ā bor será llenado pagaré Firma(s):_

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el 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 CONSORCIO y/o al REHABILITACION identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: ە' |} SO S.A.S INFANTIL HABILITACION D.C., yo/nosotros, Bogotá

- 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 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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
 - 2. %

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 se haya hecho abono a tal cuenta. no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que

Nombre del paciente:		Nombre del responsable:	क वित्यार्थि
Firma paciente: Day na Les Mer	C.C.: 1' Old oxt. lole, de	Firma responsable:	C.C.: 32 741 997 de 18

AND THE ROLL OF COMMENT OF THE PERSON OF THE		Christones Emmastres	
ED_ 0	Document	FORM	

o Controlado ATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Versión: 01

GFCT -01 Actualización: --/--/ Página 2 de 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(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	de instrucciones:
Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	

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:

- ₽ 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
- œ. 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 patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- $\dot{\Omega}$ 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
- Ō necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- Ш a mis relaciones comerciales, financieras registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes < en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

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, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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

Nombres Sadys Castalo