eziviji	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Francisco VIII	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Muse In State Lit.	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

PAGARE No.

258

gina 1 de 2

Zambrano Yo/nosotros: Thirth Conzále? 6 y/o Chana Yiv Kanbero de Administrado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de

9

Por Por Por Por Nos 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 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 parte hemos impartido para tal efecto, de 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, 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, SEGUNDO: de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: al tenedor de este pagare, el día intereses de plazo: cantidad capital:_

Se instrucciones, que ф carta Ö conformidad de % ф acreedor, ਚ será llenado por pagaré Firma(s): Este

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

		IO y/o a	TACION	CON 6	CIO y/o a	TACION		ol roa oob
		identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con e	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION		
		IMNAUEL	ITUTO DE	l pagare	MMNAUEL	TUTO DE		مرم دیار اطار
		INICA EN	UEL INSTI	blanco de	CLINICA E	UEL INST		, C
	0	os a CI	EMMAN	s en	avor de	EMMAN	ciones:	
	V/0	utorizam	.S., y/o	espacio	scrito a fa	.S., y/o	es instruc	
	-	firmas, a	UEL S.A.	ar los	emos sus	UEL S.A	siguient	
		nestras	S EMAN	ara llen	a fecha h	S EMAN	ne con las	
		pie de r	MENCIA	S.A.S	due en l	MENCIA	S conform	
		arece al	L DE DE	ANTIL		IL DE DE	VTIL S.A.	;
		omo ap	ACIONA	INF.		ACIONA	INFAP	
Boootá D.C.	sotros.	icado(s) c	TTUTO NA	LITACION		TTUTO N	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
Rooots	vo/nosotros.	identif	INST	HABI	Š.	INST	HABI	i

- 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 (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: 2 6
- 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.

O		
1 Zamsvano 6		Sonzalia 6
1/12/61	ı	3
Eliana youly		ii.
Nombre del paciente:	oagui (Tol)	Nombre del responsable:
Grano	de 1550	, ()<
Zero		Sanzalez
العافط	2	0
Ellana	784.33	ole: The All
Firma paciente:	C.C.: 1-110	Firma responsable:

Nombre del responsable:

Firma responsable: C.C.:



nde www. 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 gener Nombres: Cedula de ci Estado Civil: Estado Civil: Parentesco c Empresa em Dirección: Trabajador ii Trabajador ii Dirección: Dirección: _ Celaro que CLINICA E EMMANUEL del crédito so A. Coi	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: \[\lambda \
Trabajador i Dirección: _ Telefono(s):	jador independiente (profesión u oficio):
Declaro CLINIC EMMAN del créd	ro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la ICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o ANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el acreedor édito solicitado, para:
B. >	 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. 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.
b ü	
iu '	
La autor es veras rectificado obligació	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 indicarno cuando o la sida qui inspecial de información de la constanción de la constanción de indicarno cuando o la sida qui inspecial de información de la constanción de la constanción de indicarno cuando o la sida qui inspecial de información de la constanción de indicarno cuando o la constanción de la constanción de la constanción de indicarno cuando o la constanción de la constanción de indicarno cuando o la constanción de la constanción de indicarno cuando o la constanción de la constanción de indicarno cuando o la constanción de la constanción de la constanción de indicarno cuando o la constanción de la

Firma:

Sontale

Nombres

Ceta

Gonza

なみ

Amero

Svergator

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

9

de mi petición.

28 E