## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

7

Constant of the second			
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
ALL MARKUEL INDOMESTICATION IN THE PROPERTY OF	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 2 de
AUTORIZACIÓN PARA CONS	NSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	RA QUIEN
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: HとめCき1+ アンMIREモ	suscribir pagare y carta de inst	rucciones:	
Cedula de ciudadanía: G3350669		1	
Estado Civil: UNION LIBRE			
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 内心内C含し4	si no es el paciente: প্রথসের	314 DAMIRES	
Empresa empleadora:			
Dirección:		in the second se	
Teléfono(s):			
Trabajador independiente (profesión u oficio):	J. officio):		-
Dirección: 54 井 38 F N 40			
Telefono(s): 37433 72			

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 Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANI 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.
  - 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.
- 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 estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. ن
  - Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes ض.
- en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. a mis relaciones comerciales, financieras y نى

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

us aicai	us arcances y sus iniplicaciones.	
Vombres	Nombres ARACE 14 RAMIREZ	
;; ;;	63350667 Blw6A	
īrma:	3: My Teach	

Olmico .	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA	[ALIZADOS
CHAINED AND SALES	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 1 de 2
	- :	PAGARE No. 168	
Yo/nosotros: ARACE 17 RAMIREZ	127 CARREGO		
ntificado(s) como a NICA EMMNAU MANUEL INSTIT	i (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMER  Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE  ITACION Y HABILLIFACION INFANTIL:	os: PRIMERO: que somos deudores incoional de demencias emanuel INFANTILS.A,S en adelante simplemen	incondicionales de JEL S.A.S., y/o mente el acreedor,
capital:			Por
intereses de plazo:	da nor las autoridades monetari	jac.	Por
otros gastos:otros gastos:	da por las autoridades monetari		Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera o al tenedor de este pagare, el díadededede	al acreedor en sus oficinas de E	22 no. 142-	63, o en su orden, SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gástos pagaremos intereses moratorios a la tása de máxima autorizada por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gástos pagaremos intereses r las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra j	os pagaremos intereses moratorios a la cobro judicial o extra judicial de este	la tása de máxima e 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	or dicha cobranza se ocasionen la respectiva demanda judicial,	, así como el valor del impuesto de tim sobre los intereses pendientes, debido	bre, si hay lugar os con un año de
anterioridad o mas, pagaremos intereses a la maxima tasa fijada para la mora. <b>Quin lo:</b> los nonorarios 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.	s a la maxima tasa fijada para l prejudicial, se establecen en un		abogado, en caso lás 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	los impuestos que causen este pagaré pagaré será llenado por <b>CLINICA</b>	garé, quedado al acreedor facultando p	ara pagarlos por
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.	il S.A.S., y/o EMMANUEL IN las instrucciones que en docu las instrucciones que en docu ulo 622, inciso 2 del código de o	ISTITUTO DE REHABILITACION Y H umento a parte hemos impartido par comercio.	a tal efecto, de
Firma(s): ARACEIA RAMIREZ	2 y/o JON	更	-
Este pagare sera neriado por el a	acreedor, de coilloinildad de	ia caita de ilistitucciónies, que se	e suscribe roy
CARTA DE INSTRUG	CIONES PARA LLENAR PAG	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	
Bogotá D.C.,			
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. para lienar los espacios en bianco del pagare	le nuestras firmas, autorizamos CIAS EMANUEL S.A.S., y/o EN para llenar los espacios		CONSORCIO y/o al REHABILITACION Y distinguido con el
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	en la recha nemos suscrito a raccias emanuel s.a.s., y/o forme con las siguientes instruc	que en la techa hemos suscrito a ravor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y S conforme con las siguientes instrucciones:	BILITACION Y
1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicio médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e in y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLIN CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S A S. 1/0 EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S A S. 1/0 EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S A S. 1/0 EMMANUEL S. 1/10 EMMANUEL S.	l que por hospitalización, consudicamentos, daños ocasionados os que se haya incurrido por cos q	serviciono bles e in CLIN	s prestados por los muebles), copagos ITCA EMMNAUEL
	Ole The Mile (TESTA: 5) del pacie	i.	due!
3. Intereses de mora a la máxima tasa	a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	nonetarias.	
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	a pagar los gastos de las cobra con estas instrucciones, si al mo l saldo en caso de que se haya		e que haya lugar a ombrado la cuenta
Firma paciente:		Nombre del paciente:	
	) uc	7/3388	000
Firma responsable: Wasanglice S	Nom!	Nombre del responsable: +104 という	F-321 1447

\_\_\_\_