© Christia	FORMATO FAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ILIZADOS
TOWNST.	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 0
TO CONTROLLED IN CONTROL OF THE PROPERTY OF TH	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

7

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 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 Por Por Nos debidos con un año de 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** Por 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: sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, Cartox 151 sobre los intereses pendientes, 1/0 Altrede PAGARE No. 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: de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, Draz Currenc el día Loretho o al tenedor de este pagare, de esta fecha, de plazo: cantidad que a partir intereses <u>a</u> capital:

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

þó

Se

instrucciones,

<u>de</u>

carta

ā

ф

conformidad

de

será llenado por el acreedor,

pagaré

Firma(s):

OREILO

boyona p.c.,	
yo/Ilosoucs, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	//o al
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	> NOI
HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	on el
No.	y/o ai
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	NO X
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	
ا rospital día, servicios prestados por los	por los
1. El Valol del capital sera la sunta total que por respirantement, constant production (bienes muebles e inmuebles), copagos	pagos
illedictos auscilitos a la libercación, illedicalidados concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	AUEL
CONSORCIO V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	TO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente qu	_ quien
ingreso con fecha	

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

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Intereses de plazo:

3 %

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

Cartello

Nombre del responsable:

90

ф

2

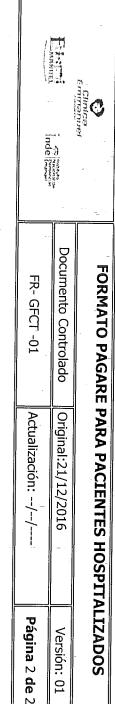
04,

Firma responsable: C.C.: 21.07

Firma paciente:

Nombre del paciente:

в



	nde (accessor	FR- GFCT -01	Actualización://	Página 2 de
	UTORIZACIÓN PARA CONSI SU:	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	A QUIEN
Datos gen Nombres:	enerales de quien(es) va(n) a suscrit s:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	iones:	
Cedula	Cedula de ciudadanía: <u>Zi. O76</u>	006		
Estado Civil:	civil: Cosada.	ė		
Parente	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	no es el paciente: Suco	さ な・	
Empres	Empresa empleadora: Mancacion	ción Distrita		
Dirección:	n: Carrera 30	+ 25-90 Fisc	00	
Teléfono(s):	o(s): 3358947			
Trabaja	Trabajador independiente (profesión u oficio):	oficio):		
Dirección:	n:			-
Telefono(s):)(S):			
Declaro CLINIC EMMAN del créd	Declaro que la información que he (m CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMMANUEL INSTITUTO DE REHABI del crédito solicitado, para:	os) suministrado es verídica y do O y/o al INSTITUTO NACIO LITACION Y HABILITACION IN	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:	rrevocable a la . S.A.S., y/o .uro el acreedor
B. A.	Consultar, en cualquier tiempo como deudor, mi capacidad de Reportar a las centrales de in	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para o 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 propertion de concedera de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el propertion de concedera de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el propertion de concedera de c	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 onortuno	mi desempeño lento oportuno
	como sobre el incumplimiento patrimonial de tal forma que é desempeño como deudor desp significativa.), se hubiere, de mis obligaciones stas presenten una información ve pués de haber cruzado y procesado	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.	y exacta de mi na información
Ç	Enviar la información mencio SUPERFINANCIERA o las de	nada a las centrales de riesgo de emás entidades públicas que ejerce	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	ermedio de la on el fin de que
D.	Conservar, tanto en (la entidac	estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actu	estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo	ante el periodo
ļπ	necesario señalado en sus reg Suministrar a las centrales de i a mis relaciones comerciales, registros públicos, bases de da	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	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 a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	ros atenuantes ue consten en
La autor es veras rectificac obligació	zación anterior no me impedirá completa, exacta y ecualizada, ión y a que se informa sobre n de indicarme, cuando yo lo pio	ejercer mi derecho a corroborar e , y en caso de que no lo sea, a qu las correcciones efectuadas. Tam la, quien consulto mi historia de de	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	n suministrada do, a exigir su rmación de la sses anteriores
de mi petición.	tición.			\$ 000 CT . CT . CT

Firma:

Loss

C.C.:

0

0

Parteno

0

Diaz

Nombres

sus alcances y

sus implicaciones,

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