Chulch Ch	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ALIZADOS
Springers and the second secon	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
American Inde immers	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No.

PAGAKE NO. 109
Olnosotros: Jusy Cabriel Rominet 1/0 Jenny Catalina Reming.
dentificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de
ctinica emminauel consorcio y/o ai 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,
or la cantidad de:
apital:
ntereses de plazo:
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
htros gastos:
bligamos 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,
sal 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
lutorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de
luestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar
le él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de
interioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso
le 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
ni cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
VACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION
NFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de
onformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.
irma(s):

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

Se

dne

de instrucciones,

carta

O de

será llenádo por el acreedor, de conformidad

pagaré

Este

Firma(s):

D.C.,

Bogotá

y/o	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	No. The state of the end of the end of the end of the state of the sta	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	1. 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	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			3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	
yo/nosotros,	identificado(s) como aparece al pie de nue INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS	HABILITACION INFANTIL S.A.S para	No. TINSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme	1. El valor del capital será la suma total que p	médicos adscritos a la institución, medicam	y cuotas moderadores y demás gastos que	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIO	REHABILITACION Y HABILITACION IN	ingreso con fecha	2. Intereses de plazo:	3. Intereses de mora a la máxima tasa permit	

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 responsable:

(Comme)

Firma responsable:

Firma paciente:

C.C.

Nombre del paciente:

de



Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ Págiņa 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 ger	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Cedula de	ciudadanía: SXXA3083
Estado Civil:	
Parentesc	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa	Empresa empleadora: (Work)
Dirección:	1: Colle 16 f 103 BOZ
Teléfono(s):	
Trabajado	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	A. The Control of t
Telefono(s):	
Declaro (CLINIC) EMMAN del crédit	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:
≯	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
В	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. 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 informacion significativa.
	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.
D.	
ĹΠ	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 er
La autor	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
es veras	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 recrificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la
rectificado obligació	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores

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

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

Firma:

C.C.:

80143013

100

~

throug /

Cooper

John framily

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.