Cinica Cinica Emmanues	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\LIZADOS
Sections of the section of the secti	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
The little of th	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2
<u>:</u>	49 .	PAGARE No. 217	
Yo/nosotros: phywy Arley bridges Barrera y/oSendra (a be) Barrera Son Charidentificado(s) como aparece al pie de mi (Auestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDRAS EMANUEL SA S. 2002.	Manny Aviey bridges Barrera mo aparece al pie de mi (Auestras) firma(s), declaramos	No Sendra (select Refrera Sendre): PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	ra Sachez condicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	BILITACION Y HABILITACION I	NFANTIL S.A.S en adelante simpleme	ente el acreedor,
capital:			Por
intereses de plazo:			Por
mora	:: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias;	S:	Por
otros gastos:			Nos
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,	ro al acreedor en sus oficinas de Bo	gotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63	3, o en su orden,
o ai tenedor de este pagare, el dia	de	del año	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 indicial de esta pasara során do	as obligaciones insultas y los gastos arias. TERCERO: que en caso de c	esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima s autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro indicial o extra indicial de este pagas socián do	tasa de máxima
nuestro cargo los gastos y costos que	por dicha cobranza se ocasionen,	gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	bre, si hay lugar
ue e: • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Je la respectiva demanda judicial, s ses a la máxima tasa fijada para la	obre los intereses pendientes, debidos mora: OUINTO: los honorarios de ah	s con un año de
de arreglo directo o de pago a la etapa	a prejudicial, se establecen en un 20	o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	s sus accesorios.
SEXIO: que seran 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 EMMNAIIFI CONSORCIO VA EL INSTITUTO.	os impuestos que causen este paga pagaré será llenado por CLINIC A	n de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por re necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA FMMNAIIFI CONSOBCIO VA AL INSTITUTO	ara pagarlos por
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANU	UEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS	EMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	ABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad co	de conformidad con las instrucciones que en documento a odispuesto en el artículo 622 inciso كا ما مرفقها	de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	a tal efecto, de
	icalo ozz, iliciso z del codigo de co	000	
2	\$ % %	andra pomera	
Este pagare sera llenado pok√el a	acreedor, de conformidad de l	a llenado pok∪el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy	suscribe hoy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

	organs No Sandra Label Barrera	identificado(s) como abarece al pie de nuéstras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO / y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.: v/o FMMANIIFI INSTITUTO DE DEHABILITA CIONA	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION y	e con las siguientes instrucciones:	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados nor 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 つってい いっし といいでしつ			itida por las autoridades monetarias.
Bogotá D.C.,	yo/nosotros, ghonny Arley bropas	identificado(s) como abarece al pie de nuéstras INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN	HABILITACION INFANTIL S.A.S para lle	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	1. El valor del capital será la suma total que por ho	médicos adscritos a la institución, medicamentos,	y cuotas moderadores y demás gastos que se ha	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL	REHABILITACION Y HABILITACION INFANI	ingreso con fecha 19 0e May 70 0e 2014	2. Intereses de plazo:	3. 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.

	Compos
	Janay
paciente:	Nombre del responsable:
Nombre del paciente: _	Nombre del
	Nom et al. de la constant de la cons
7	Congas de
	014254456
Firma paciente:	respo



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

_	i de la companya de l		
	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
	FR- 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 gener Nombres: _	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: 1 Navy Anky Longus Borrera
Cedula d	Cedula de ciudadanía: 1014254 456
Parentes	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hijo
Empresa	Empresa empleadora: Trans partes Unidas
Dirección:	n: Oll 66 c # 122 A - 62
Teléfono	Teléfono(s): 3125113441
Trabajad	Trabajador independiente (profesión u oficio): <u>COへ合い合せつ</u> ャ
Dirección:	n:
Telefono(s):)(S):
Declaro 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 acreedo del crédito solicitado, para:
≯	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeñ
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 m
	desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
Ç	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 qu
D	estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el period
п	
	a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten e
La autor	La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrad
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 s
obligacić	obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriore

Firma:

Thanky

Cospos

C.C.:

1475HH26

Nombres

dipount Holey

Vargus

Boriera

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

de mi petición.