Página 1 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Documento Controlado FR- GFCT -01 Inde print

	PAGARE No. 218
Yo/nosotros: Sandra Mayely Perdomo	Moterdy Nicoll Poxy
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 FMANIIFI SAS VI	PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor,	FANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor
capital:	Por
intereses de plazo:	700
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	
otros gastos:	SON
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	otá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63. o en su orden
o al tenedor de este pagare, el día	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	agaremos 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	oro 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 linar	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	re 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	ora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso
de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	o sobre el valor de la obligación más sus accesorios.
SEATO: que seran de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta ei fuera pagazión Exp المراقبة ال	, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIJEI S'A S'A EMMANIJEI INSTITUTO DE DELIBERTATIONAL DE DEMENCIAS EMANIJEI S'A S'A EMMANIJEI INSTITUTO	EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a narte hemos impartido para tal aforta de	nto a parte hemos impartido para tal oforto de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	ercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe

Se

dne

carta de instrucciones,

será llenado por el acreedor, de conformidad de la

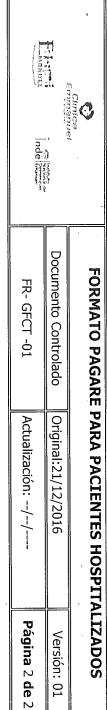
Firma(s):_ Este pag

		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. Que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	 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 pastos que se hava incritida por consulta prioritarión (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás pastos que se hava incritida por consulta de la institución (bienes muebles e inmuebles).
	0/\	Nuestras firmas, autorizamos a CLAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANDARA Ilenar los espacios en la fecha hemos suscrito a favor de la SEMANUEL S.A.S., y/o EMMAN	L. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muely y cuotas moderadores y demás pastos que se hava instrución accominante.
		IONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S que en IONAL DE DEMENCIA	tal será la suma total que sa a la institución, medic adores y demás gastos
Bogotá D.C.,	yo/nosotros,	identificado(s) con INSTITUTO NAC: HABILITACION No. INSTITUTO NAC:	El valor del capi médicos adscritc Y cuotas modera

- Y cucuds moderadores y demas 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 de idad incorta inco ingreso con fecha
 - 3.5

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.

te:	Nombre del responsable: Sandra Mayely Perdomo
Nombre del paciente: de	Nombre del respon
irma paciente:C.:	irma responsable: 4251541



AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Nombres

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

perdomo

C.C.:

100

60

5