inde persons

Página 1 de 2 01 Versión: Actualización: --/--/-Original:21/12/2016 Documento Controlado FR- GFCT -01

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

PAGARE No.

075

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** S.A.S., y/o Por Por Por Por Nos 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 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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, 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: de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de 898 André: del año Sergio intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: o al tenedor de este pagare, el día dulio <u>d</u> intereses de plazo: cantidad otros gastos: ø capital:

dne de instrucciones, acreedor, de conformidad de la carta será llenado por el pagaré Firma(s):

conformidad <u>con lo dispuesto e</u>n el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.

suscribe

Se

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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá D.C.,			
yo/nosotros,		ν/0	
identificado(s) com	o aparece al pie de nuestras firmas,	, autorizamos a CLINIC,	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACI	ONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S	A.S., y/o EMMANUEL I	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION	INFANTIL S.A.S para llenar lo	s espacios en blanco	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el
No.	que en la fecha hemos s	suscrito a favor de CLINI	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al
INSTITUTO NACI	ONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S	.A.S., y/o EMMANUEL I	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION IN	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	entes instrucciones:	
,			
 El valor del capit 	al será la suma total que por hospitaliza	ación, consulta prioritaria y	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
médicos adscrito	is a la institución, medicamentos, daños	ocasionados a la institución	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
y cuotas modera	idores y demás gastos que se haya inci	urrido por concepto de la p	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL
CONSORCIO V	/o al INSTITUTO NACIONAL DE DE	MENCIAS EMANUEL S.A	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE

- los gos 핖 Щ quien REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ingreso con fecha
 - Intereses de plazo:
- 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.

Firma paciente:	Nombre del paciente:
C.C.:	
07450	
Firma responsable:	Nombre del responsable: Oulio (ASOC HOES
C.C.: 30.092/760 / de 14	



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/-Página 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

Z D

Datos ger Nombres:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: $OULO$ $CESQI$ $RUIZ$ $RUIZ$
Cedula de	Cedula de ciudadanía: 80.092, 760
Estado Civil:	ivil: Seltero
Parenteso	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa	Empresa empleadora: Spinas y CiA S. A.
Dirección:	n: Calle 798 #5-81. El Nogal
Teléfono(s):	(s): 3267060
Trabajado	Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:	
Telefono(s):	
Declaro c CLINICA EMMANI 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:
A.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
'n	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
	desempeno como deudor despues de haber cruzado y procesado diversos datos utiles para obtener una información significativa.
Ü	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 nuedan tratada analizada clasificada y luego suministrada a dichas centrales.
D.	Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
ίu	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.
La autori	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
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

Firma:

C.C.:

8 No

0

THE COMMENT

Nombres

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.