PAGARE No.

PAGARE NO. 114	
Yo/nosotros: India / Unha	
irma(s), declaramos: PRIMERO : que somos de	
CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	
EMMANDEL INSTITUTO DE RENABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	
intereses de plazo: Por	
la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	
dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su or	
o al 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	
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	
de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre 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	
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	
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	
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

Se

dne

carta de instrucciones,

() 1/2

Ingrid V.

pagaré será

Firma(s):_ Este paga

D.C.,

Bogotá

2	yo/moson os,							0/					V.				
ğ	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	mo aparece	al pie	de n	uestras	firmas	s, auto	orizamos	a CI	LINIC/	A EMI	MNAUE	.E. CO	NSOR	CIO	/o a	1 77
H	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	CIONAL DE	DEME	NCIAS	EMA!	NUEL S	S.A.S.,	y/0 EI	MMAN	UEL I	NSTI	TUTO I	JE RE	HABI	ITACI	S	>
Ì	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el	INFANTI	L S.A.	S pa	ra He	enar k	os es	spacios	eu	blanco	de	pagaı	ē ģ	istingui	გ მ	on e	ত
ž			ă 	e en la	fecha	hemos	suscri	_ que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	or de	CLINI	CA E	MMNAL	JEL C	ONSO	ACIO)	e o/A	~
Ħ	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y	CIONAL DE	DEME	NCIAS	EMAI	NUEL S	S.A.S.,	y/o El	MMAN	UEL I	NSTI	LUTO L	JE RE	HABII	ITACI	NO	>
Ì	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	INFANTIL	S.A.S C	onform	e con le	as siguie	entes i	nstrucci	ones:								
_i	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	oital será la	suma to	tal que	por h	ospitaliz	zación,	consult	a priori	itaria y	hospit	tal día,	servici	os pres	tados p	por lo	Š
	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	tos a la insti	tución, r	nedicar	nentos	, daños	ocasic	nados a	la inst	itución	(biene	es muek	oles e i	inmueb	les), cc	pago	S
	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL	radores y d	emás ga	astos di	ue se h	iaya inc	urrido	por con	cepto	de la p	ermar	nencia e	n CLI	INICA	EMMN	AUE	_
	CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	y/o al INS	TITUTE	O NAC	TONAL	DE DE	MEN	CIAS EN	AANUI	EL S.A	.S., y	O EMP	IANUI	EL INS		0	Щ
	REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	CION Y HA	BILITA	CION 3	INFAN	TILS.A	S; de	pacient	ə							guien -	Ç
	ingreso con fecha	cha									,						
~i	Intereses de plazo:	azo:				i											

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.

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

e.

Firma paciente:	Nombre del paciente: Nicola Sanzala
C.C.:de	
Firms reconceplie.	Nombro del consequence ()
Illina Icabolisable: C+: C>	Notifice del l'espoilsable.
C.C.: \$2185.852 de 12	つ



Documento Controlado **FORMATO PAGARE** FR- GFCT -01 PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 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

	(c) c) c) c
2000年の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の	Telefono(s):
	Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):	Trabajador indepe
Teléfono(s): 6941298	Teléfono(s):(
Dirección: Oxa 246 18-51 5.	Dirección: Q 🖔
Empresa empleadora: Almacon Pallet	Empresa empleado
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Parentesco o calida
# Stz	Estado Civil:
ciudadanía: 571785,852 Bb.	Cedula de ciudadanía:
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	Datos generales de Nombres:

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

- ⊳ como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- $\bar{\omega}$ 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi
- ? 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.
- Ō necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш a mis relaciones comerciales, financieras Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en

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 La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada

para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales tercero, a elaborar estadísticas y derivar,

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada

)
-	_ _
Nombres	Nombres 十つつつ () へく)
-	
	1200 BCC
	ひてくせい。アン

C.C.: