On Christian	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Separation of the second of th	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Location Independent	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No.

	PAGAKE NO.
YO/nosotros: UM Shaw Herrandes Bowers	10 Wiley Alphonoly Caves H.
identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de	nos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de
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 en adelante simplemente el acreedor,	CIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o I INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor.
por la cantidad de:	, Por
capítal:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	rias: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,	Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden,
o al tenedor de este pagare, el díadê	del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	tos 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	e 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	η, 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	, 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	la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en casc
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	120% 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	igaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	ICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de	cumento a parte hemos impartido para tal efecto, de
conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	comercio.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

hoy

suscribe

se

de instrucciones, que

carta

<u>a</u> ф

conformidad 0//

pagaré será llenado por el acreedor, de HERNANDES

Firma(s): OUVE

Este

boyota,			
yo/nosotros,			
identificado(s) o	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o	autorizamos a C	LINICA EMMNAUEL CONSORCIO y,
INSTITUTO NA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	S., y/o EMMAR	NUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con	espacios en	blanco del pagare distinguido co
No.	que en la fecha hemos su	scrito a favor de	que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o
INSTITUTO NA	INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	A.S., y/o EMMAN	NUEL INSTITUTO DE REHABILITACIO
HABILITACION	HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	tes instrucciones:	
 El valor del α 	1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por	ción, consulta prior	ritaria y hospital día, servicios prestados p
médicos adsc	médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copaç	casionados a la ins	titución (bienes muebles e inmuebles), co _l
om setono v	violate moderadoras y demás pastos que se baya incurrido por concepto de la permanencia en CIINICA EMMNAU	rido por concento	de la normanancia on CITNICA EMMAN

<u>os</u> gos 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 guien quien ingreso con fecha

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:_ 3.

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: Cluri Alemandes	
Nombre del paciente:	de	Nombre del responsable:	Contraction of
irma paciente:		irma responsable: CLOOX HELNANCEA	TO TABLES DA GA



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

Jatos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Vombres: Volve Tonono Heroral (Sources) Sources Sources	
Nombres: UUVI TONONO HEMONOA (SOLICEIO) Nedula de ciudadanía: マスクステめり、なる	atos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Ledula de ciudadanía: てつつろじめい、 ふち	ombres: Your Johana Hemoral Barrier o
	Zedula de ciudadanía:

Empresa empleadora: Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Centerview Monagero Harre V

Estado Civil:

Soltero

90 010 18-24

Trabajador independiente (profesión u oficio): Empleado

Telefono(s):

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
- œ 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi
- \bigcirc estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
- 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 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. comerciales, financieras 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 de mi petición 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 públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada conclusiones de ellas

sus alcances y sus implicaciones. Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo

53013887

Sorre

ナからくとと

Nombres

202 上のころろろうです