FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/---Original: 29/06/2017 FR - THRL - 04 0

Página 1 de 2

Versión: 01

PAGARE No.

1258 B

Yo/nosotros: Value of election / Brace you
arece aithe de mi (nuestras) firma(s), deciaramos: PKIMERO: que somos deudores incondicionaies de CONSORC MNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO
KENABILLIACION Y HABILLIACION INFANIIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por
Capital: Por Intersect de niszo:
de de
S.
dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotà D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orde
al tenedor de este pagare, el día de de de de de de de de de 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 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 indicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, parasemos
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
prejudidat, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación mas 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 CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANDEL INSTITUTO DE KEHABILLIACION Y HABILLIACION 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
Firma(s):
Carta de Instrucciones para llenar pagare con espacios en blanco
Bogotá, D.C., yo.
Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 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 HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:
1. 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, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás partes que se hava include as constantes y demás partes que se hava include as constantes de la companya de la compan
TO NACIONAL DE DEMENCIAS
ANTILS.A.S. del paciente X (Mus
quien ingreso con fecha
Intereses de mora a la máxima faca nermitida nor 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:
Erman monomorphis.
Nombre del responsable / Co. Hong.
do Bla

	Constant Con
Nacional de Demencias chanuel	C A TALKAT AND THE CONTROL OF THE CO

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Actualización: --/--/---Versión: 01

Página 2 de 2

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

Firma: The Thuran 16.
ines.
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, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad segúndo de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad segúndo.
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 de mi petición.
 D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. E. 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.
 A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. B. 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 desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. C. 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 analizada d'assificada y luggo suministrarla a dichas centrales.
E A Q
1669 P3 H
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s):
Empresa empleadora:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Estado Civil: Union libre
Datos generales, de quien(es) ya(n) a suscribir, pagare y carta de instrucciones: Nombres: Has Herro Harre. Codula de ciudadánia: Chiles Li Cilo Codula de ciudadánia: Chiles Li Cilo Codula de ciudadánia: Chiles Li Cilo Cilo Codula de Ciudadánia: Chiles Li Cilo Cilo Codula de Ciudadánia: Chiles Li Cilo Cilo Cilo Cilo Cilo Cilo Cilo Cil