	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES I	Original: 29/06/2017	Actualización: -//	
	FORMATO PAGA	dut du	FR - THRL - 04	
		worman dipu		
	0	Francisco	3	
E.			20-114	

-	FORMATO PAGA	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
Parameters of the control of the con	20 - I dut - 03	Original: 29/06/2017	Versión
		Actualización: -//	Página

PAGARE No.

1263 B

Versión: 01

Página 1 de 2

CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE KEHABILITACION Y MABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de Po
Capital: Pointereses de plazo: Po
Intereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias:
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oticinas de Bogota D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o al tenedor de este pagare, el día de de casa de acree de año de año de aste pagare, el día se como de casa de acree de año de año de acree de año de acree de año de acree
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 parti 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. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarios por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL v/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S v/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.
Firma(s): //o / / / / / / / / / / / / / / / / /
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Rogotá, D.C., yo., Nocitros
nestificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL 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. Cue 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 PEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes
nstrucciones: 1. El velor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, senvicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copados y cuotas
moderadores y demás gastos que se haya incurido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLÍNICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente
quien ingreso con fecha
 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. E 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 obtalidad, o por el saldo en caso de que se haya inecio aborro a tal cuenta.
Firms paciente:
de de
Nombre del responsable: Sandra (Tilena, Arena)
1

Edward of Descend of D

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

Firma: Donato Tilena Prenas
C.C.: 20499 971 de cajica
Nombres Sandra Hilena Avenas
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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.
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.
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.
E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a
D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego quiministraria a dichas cantrales.
C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como
 Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como
A. Consultar, en qualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al 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 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:
Telefono(s):
Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s): 3/3/204 3776
Dirección: Crarrera 5/2 1 A 35 Barrio Gran Colombia
1. S.A.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Herbouro
1
Cedula de cludadanía: 201499 977 de Calvico
Nombres: Sandya Fillene Arena
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: