nde pemendas

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

8 -- TRL 出

Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/-

Página 1 de 2

Versión: 01

PAGARE No.

1356 B

do(s) como aparece al pie de mi knuestras) firma(s), declaramos: **PRIMERO:** que somos deudores incondicionales de **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** en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: dentifica e . Yo/nosotros: *

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. **SEXTO:** que serán de nuestro cargo los Por Por Por Nos 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 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 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, o SEGUNDO: que a del año autoridades monetarias: de las por intereses de mora: a la máxima autorizada al tenedor de este pagare, el día plazo: dastos de comercio, intereses

hoy suscribe Se dne instrucciones, de carta O de de conformidad % acreedor, ē por llenado será Firma(s): pagaré

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá, D.C., yo,		O/N
Nosotros,		
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEI VIO al INCTITILIDA	as, autorizamos a CONSORCIO CLIN	NICA EMMNAIIEI VIO SI INSTITLITO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., V/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHARTI TTACTON Y HARTI TTACTON	V/O EMMANUEL INSTITUTO DE P	SEHABII TTACTON V HABII TTACTON
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	del pagare distinguido con el No.	
hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANIEI	CONSORCIO V/o al INSTITUTO NA	ACTONAL DE DEMENCTAS EMANITE
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme con las signifientes	LITACION Y HABILITACION INFAI	NTIL S.A.S conforme con las signientes

- moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos
 - quien ingreso con fecha Intereses de plazo:
- Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Ш Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Firma paciente:	Nombre del paciente: Barar Mexers de Carero
C.C.: 1800 579 163 de R	de Moigien.
Firma responsable:	
Nombre del responsable: Hat May Berney Espinos co.	1 grove co.
C.C.: 35720 408 / de 6	342
SCHOOLS STATE OF THE PARTY OF T	

Dágina 7 de 7	Actualización://			N 9 3
	Original: 29/06/2017	FR – THRL – 04		120 Maria 20
	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADO:	FORMATO PAGA	Chrica Chrica	

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

Firma: Ky Ky
C.C.: 39720408
Nombres For Ringe Bunnel Espinac
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.
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 mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que vo hava entregado o que consten en registros
 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.
C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
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.
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
A. Consultar, en cualquier 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): 3138035989 - 8296406,
Dirección: Por 8-8 N 20-21 VIlla Rana y Massacr
Empresa empleadora: Juan () (bina)
o calidad e
Estado Civil: Union Libre.
ciudadanía: 34720408
Nombres: Flor Kray Denal Espinose
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: