© Cinica	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
To a second of the second of t	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Inde Grand	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de

 \sim

Clinica	FURMAIO PAGARE	FORMALO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADUS
Eddyment's rec	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
January Inde Commen	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de
		PAGARE No.	
YO/nosotros: Mechine	Hedina	λ/ο	
identificado(s) como aparece al pie de CONSORCIO CLINICA EMMNAUI EMMANIIEI INSTITIITO DE REHAR	mi (nuestras) firma(s), declaramo EL y/o al INSTITUTO NACI STI TTACTON Y HABII ITACTON I	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) 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 EMMANIEI INSTITUTO DE REHARII ITACION Y HARII ITACION INFANTII S.A. S.D. adelante simplemente el acreedor	condicionales de L S.A.S., y/o
por la cantidad	de:		Por
capital:			Por
intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:_	orizada por las autoridades monet	arias:	Por
otros gastos:			Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinei	iro al acreedor en sus oficinas de B	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 en su orden,
o al tenedor de este pagare, el día _	ab	del año	SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre la	as obligaciones insultas y los gastc	que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	tasa de máxima
autorizada por las autoridades moneta	arias. TERCERO: que en caso de	autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de	bagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que	por dicha cobranza se ocasionen,	nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	ore, si hay lugar
de él. CUARTO: a partir de la fecha d	de la respectiva demanda judicial,	de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de	s con un año de
anterioridad o más, pagaremos interes	ses a la máxima tasa fijada para la	anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso	ogado, en caso
de arreglo directo o de pago a la etapa	a prejudicial, se establecen en un Z	de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo k	os impuestos que causen este pag	SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por	ara pagarlos por
mi cuenta si fuere necesario. Este	pagaré será llenado por CONSC	mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	al INSTITUTO

suscribe ŝ CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO de instrucciones, que Garta <u>10</u> g será llenado por el acreedor, de conformidad Este pagaré

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.

Firma(s):

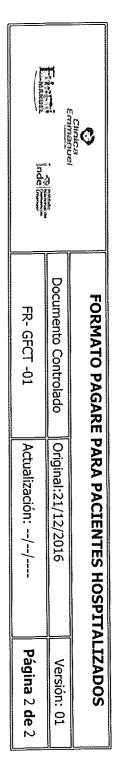
Bogotá,D.C.,yo, プタンC こめら コンクでよっこ レンカ () identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y que en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y distinguido pagare de blanco e G los espacios llenar para S.A.S INFANTIL HABILITACION

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 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 S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: paciente REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S, del ingreso con fecha

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

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:	Nombre del paciente: Daniel Makeus
cc: 80 9027.444	de 13090/c
Firma responsable:	
Nombre del responsable: Mercedes Heclina Mind	Lectina Migo
D) 17 (0) 17 (0)	BOOK .



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

22

cc: 35 463 449	Nombres Leccecles Mediac Viso	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.	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. 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.	Report como patrim desem signifio	 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. 	Nombres: Meccoles Mecline Willows Cedula de ciudadanía: 35 463 449 Estado Civil: 2000 400 200 400 200 400 200 200 200 20
	50	ería comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo	ormación de riesgo divulgar la información mencionada rédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades s legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,	rar en cualquier tiempo que la información suministrada a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su Tampoco liberará a las centrales de información de la se desempeño crediticio durante los seis meses anteriores	les públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que a y luego suministrarla a dichas centrales. as centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en so documentos públicos.	dos o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno es crediticias, o de mis deberes legales de contenido veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi ado diversos datos útiles para obtener una información de manera directa y también nor infermedio de la	a la información relevante para conocer mi desempeño uturo de concederme un crédito.	OCH 3. CONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor

Firma:

1