FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/ - THRL K

de

Página 1

Versión: 01

do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PKIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE KEHĀBILITĀCION Y HĀBILITĀCION INFĀNITL S.Ā.Š en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Elle> identifica 100 1293 B PAGARE No. ntereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias: 0 COS. 9 1 plazo:

intereses

capital:

20 Por Por

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 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 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 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, o SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada 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 n documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de del año de este pagare, el día tenedor comercio.

Este hoy suscribe Se due instrucciones, de carta 0 de y/o conformidad de acreedor, e por llenado será rma(s): agaré

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

0914 0 92 5 gotá, D.C., yo, Nosotros,

Y HABILITACION autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL y/o al INSTITLITO INSTITUTO DE REHABILITACION DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL como aparece al pie de nuestras firmas, (5)00

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 conforme con las siguientes A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHARTI TTACTON Y HARTI TTACTON INFANTTI S.A. hemos suscrito a favor de instrucciones:

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 CIINICA EMMNAUEL. Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y DICORDO TELLES ACOSTO. prestados por los médicos servicios consulta prioritaria y hospital día, El valor del capital será la suma total que por hospitalización, quien ingreso con fecha

Intereses de plazo

ĩũ 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. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estas instrucciones.

במורכומנים כון את נטנמוותמת, כי עסו כו אמנעס כון כמאט עד קעב אב וומאמ וופכוזט מטטוזט מינמו כעפוזונים.	וופאפ וופכוזט פטטווט פ גפו כעפוזנפ.
Firms paciente:	Nombre del paciente:
d.C.:	
Firma responsable:	
Nombre del responsable: (OT 101 60.	
GC: 51855540.	de 3000 fo'
•	G C

	hannuel nde banardas	Christian Control of the Christian Control of
	FR – THRL – 04	FORMATO PAGARE PA
Actualización://	Original: 29/06/2017	E PARA PACIENTES HOSPITALIZAI
Página 2 de 2	Versión: 01	IZADOS

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

Firma: FRUEN OUT
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres 1001000000000000000000000000000000000
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.
 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.
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
 A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mí 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 áctas presenten una información veras, patrimento completa actualizada y conceta de mis decempaño como tal forma que áctas presenten una información veras, patrimento completa actualizada y conceta de mis decempaño como tal formación y conceta de mis de mis de conceta de mis de mis de conceta de mis de conceta de mis de conceta de mis de mis de conceta de mis de mis de mis de conceta de mis de mi
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):
Dirección:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\</u>
Estado Civil: Soltera
Cedula de ciudadanía: \$1885546
nerales de quien(es) va(n) a suscribi