nde Demencas 0

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

-1 3

9 THRL

Versión: 01 Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/

Página 1 de 2

PAGARE No.

1346 B

Yo/hosotroe: Just March Adding Monthlife John John John John John John John John
do(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 EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:
Por
Por Por
2.00
la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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
al tenedor de este pagare, el día de
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
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., 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.

Este hoy suscribe Se due instrucciones, de carta O de y/o conformidad de acreedor, T por llenado será Firma(s): pagaré

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá, D.C., yo,		y/o
Nosotros,		
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	utorizamos a CONSORCIO	CLINICA EMMNAUEL V/o al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	EMMANUEL INSTITUTO D	E REHABILITACION Y HABILITACION
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	igare distinguido con el No.	due en la fecha
nemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	SORCIO y/o al INSTITUTO	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL
S. A.S. V.O. EMMANIJE INCITITION DE BEHABII ITACION Y HABII ITACION INEANITI S. A. S. CONFORMS CON 125 CICHIONES	TOTON V HARTI TTACTON TI	LEANTY! CA C conforme con lac ciquiparter

- servicios prestados por los médicos instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha 2000 05-2018
 - quien ingreso con fecha Intereses de plazo:

2. 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. 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:
C.C.:	
Firma responsable:	
Nombre del responsable:	
c.c.: 377994M	

Página 2 de 2	Actualización:/			
		FR - THRL - 04	nde pemencias	10 P.
Versión: 01	Original: 29/06/2017	South a series	instituto Nacional de	12 772 110
			Chrica	
IZADOS	ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGAR	0	

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

Firma:
Nombres Clow Monuter Archibe Trojillo
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.
 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 puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
 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 tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que estas pertinentes de completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que estas pertinentes de completa actualizada y exacta de mi desempeño como como como como como como como co
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):
2
Trabajador independiente (profesión y oficio): 1000000000000000000000000000000000000
Empresa empleadora: Dirección: Usule 7 # 3-73 Nortogoinos Tolinos
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Moudire
Estado Civil: 37.789. 411
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: