nde Instituto
Nacional de
Demencias
Emanuel

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

,	PAGARE N	No. 1671 B	
Yo/nosotros: (I) a SIIVa VIOZ	y/o		identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaram		somos deudores i	ncondicionales de
CONSORCIO CLÍNICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIO			
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL	. S.A.S en adelante sim	plemente el acreed	or, por la cantidad
de:			
Por capital:			
Por intereses de plazo:			Por
·	letarias:		Por Nos
otros gastos:obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas c	le Bogotá D.C. en la Ca	rrera 22 no. 142-63	
al tenedor de este pagare, el díade			
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gas	toc nagaremoc interes	es moratorios a la	taca de mávima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso			
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasione			
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judici			
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada par			
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en u			
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este p			
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCI	O CLINICA EMMNAU	EL y/o al INSTIT	UTO NACIONAL
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUT			
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a pa	rte hemos impartido pa	ara tal efecto, de c	onformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.			
Firma(s):	er.		Este
Firma(s):	· la carta de inst	rucciones, que s	se suscribe hov
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR I	PAGARE CON ESPACI	OS EN BLANCO	
는 사람이 있는 것이 없는 것이 없는 			
Bogotá, D.C., yo,			y/o
Nosotros,	CONCORCYO CLYNY	CA FAMANALIEL	- LINCTITUTO
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a			
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare dis			
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSO	RCIO v/o al INSTIT	UTO NACIONAL	DE DEMENCIAS
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITA	ACION Y HABILITAC	ON INFANTIL S.	A.S conforme con
las siguientes instrucciones:			
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, co	onsulta prioritaria y hos	spital día, servicios	prestados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionado			
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por co	ncepto de la permaner	ncia en el CONS	ORCIO CLINICA
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S.,	y/o EMMANUEL	INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITAC	ION I	NFANTILS.A.S;	del
paciente State Sta	45 SA (14 SA	luien ingreso	con fecha
가능된 - 다양 (1년 1년 1	Programme de Silvers et la	······································	
. Intereses de plazo:	경기 (2002년 전환 2012년 1일) 영화 (1일) - 경향 (1		
2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades			
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cob			
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mom		aciente ya nombrad	io la cuenta no es
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hech	o abono a tai cuenta.		
Firma paciente: Killey Cion	A GI Nombi	re del	paciente:
C.C.: U0085119 de 00011	L (canata		
Firma responsable:	-/ -/		
Nombre del responsable: Olga Silva			
C.C.: de			



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 2 de 2

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

	enerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta	
	: Olga Silva Dioz	
	e ciudadanía: <u>40085119</u> ivil: <u>50 / 6xa</u>	
	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: _	
	empleadora:	700970
-		
);	
Trabaiad	(s): or independiente (profesión u oficio):	
Dirocción	or independiente (profesion à ondo):	
Talafana	n:	
i eleiono((5):	
INSTITU solicitado	JTO DE REHABILITACION Y HABILITACION : o, para:	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito
B. C.	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar Reportar a las centrales de información de riesgo o sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligad tal forma que éstas presenten una información ver deudor después de haber cruzado y procesado dive Enviar la información mencionada a las centrale SUPERFINANCIERA o las demás entidades púb estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego Conservar, tanto en (la entidad) como en las cen necesario señalado en sus reglamentos la información de riesgo.	datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como ciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de raz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como ersos datos útiles para obtener una información significativa. es de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la licas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que o suministrarla a dichas centrales. trales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo ión indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. o datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a ral socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros
veras, co rectificaci	ompleta, exacta y ecualizada, y en caso de que r ión y a que se informa sobre las correcciones efectu	a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ladas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación ia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi
para fine: públicas	s diferentes, primero, a evaluar los riesgos de conc	entrales de información de riesgo divulgar la información mencionada cederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades onstitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,
	naber leído cuidadosamente el contenido de esta clá ces y sus implicaciones.	áusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
Nombres	olga silva Dioz	
C.C.:	40085779	
Firma:	GARWI)-22	