to Radiality	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
SECTION OF THE PROPERTY OF THE	FR - THRI - 04	Original: 29/06/2017	Versić
		Actualización:/	Dádina

1470 B
PAGARE No.

Página 1 de 2 Versión: 01

14708	
PAGARE No.	

Yo/nosotros:identifica
somos deudores incondicionales de CONSORC ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO implemente el acreedor, por la cantidad
Capital:
es de plazo:
ses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orde
al tenedor de este pagare, el día de de SEGUNDO: que a
ha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa d
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
ue la lecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima para finada de más, pagaremos
niceleses a la maxima dasa injada para la mora. Colinato : los nonorarios de abogado, en caso de arregio 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 miestro cardo 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
en documento a parte membs imparudo para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el articulo 622, inciso 2 del código de comercio
s):
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Bogotá,D.C.,yo,
Nosotros,
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 HABILITACION TINEANTI S.A.S. S.D.S. S.D.S. S.D.S.S. S.D.S.S.S.S.S
hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:
nisti acciones. 1.El valor del canital será la suma total que non hocnitalización conquita prioritaria va hocnital día comitaca
adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (hienes muebles e inmuebles) consuces 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 REHABILITACION Y HABII ITACION INFANTIIS A S. 421 222 222 222 222 222 222 222 222 222
1. 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
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
Firma paciente:
C.C.:
responsable: Luz Stella Pintor
Nombre del responsable: Luz Stello Piutor
C.C.: 32 020 187 de 17090 ta

Página 2 de 2	Actualización://		
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR - THRL - 04	Manufacture in the institute of the inst
LIZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGARE	Conversor

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

Nombres: Luz Stella 12, 2 tel
anía: 50,020
1 libre
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: læ MæMæ
H 92
Teléfono(s): 子名のレ3つ8
c
2047
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:
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como
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 estas presenten una informacion 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.
C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
e vigilancia y control, con el fin de que e
D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que o públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
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 liberara 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.
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.
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
0 }
Luz Steller Pinto

Firma:

i e