Commence Com	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITA
TATATATATATATATATATATATATATATATATATATA	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017
		Actualización://

1455 B PAGARE No.

de 2 Página 1

0

Versión:

ALIZADOS

YO/NOSOTIOS: K NOTOK STATE NCIEND B.	identifica
DS: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CON DEMENCIAS EMANUEL S.A.S v/o EMMANUEL INSTIT	SORCIO TUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad	idad de:
	Po
capital:	Por
ntereses de plazo:	Por
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	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	ı orden, o
al tenedor de este pagare, el día de	o: due a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada	utorizada
por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los	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): a partir
de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos	agaremos
ntereses a la maxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa	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	cargo los
mpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	igaré será
lenado 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	A.S., y/o
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de	código de
comercio,	

Este hoy suscribe **ESPACIOS EN BLANCO** instrucciones, CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON <u>a</u> ф conformidad ф Notroid 5. Naidill NOTO S. NOTO S. Ilenado por el acreedor, 3Firma(s):_ pagaré

Bogotá, D.C., yo, 🐴

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 INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.

Gue en la fecha 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:

adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles), 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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente A DEMONICA CONTRACION OCARANDO CONTRACIONAL DE C 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos

Ası 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	cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	ite:Nombre del paciente:
Asi mismo me (nos) obli	pagare será llenado de	cancelada en su totalida	Firma paciente:

g

S (Calledan)

Mahora S. Marcho

Nombre del responsable: C.C.: <u>/ うこが3の</u> Firma responsable:

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar

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

Ш

Página 2 de 2	Actualización://			
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR – THRL – 04	Mar Market	
IZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGARE	Ennoren Ennoren Ennoren	

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

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.
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 apalicarla observante de la control de destas priedan tratarla apalicarla observante de la control de destas priedan tratarla apalicarla observante de la control de la contro
 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 veras, pertinente completa actualizada y overta de mis decempción como tal forma que éstas presenten una información veras, pertinente completa actualizada y overta de mis decempción como tal formación y en la completa actualizada y overta de mis decempción como tal formación y en la completa actualizada y overta de mis decempción como tal formación y en la completa actualizada y overta de mis decempción como tal formación y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y experta de mis decempción y en la completa actualizada y en la completa de mis decempción y en la completa actualizada y en la completa de mis decempción y en la completa actualizada y en la completa de mis decempción y en la completa de mis decempción y en la completa de mis de mis decempción y en la completa de mis de mis decempción y en la completa de mis de mis decempción y en la completa 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):
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s): 3 11 20105510
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: NOYO