HOSPITALIZADOS	7 Versión:	Página 1 g
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización:/
FORMATO PAGA	FR – THRL – 04	
Comment Comment From Services	TARTER OF MACONIA	

de 2

01

PAGARE No. 1437 B
Yo/nosotros: 17510 10 BACTISTA 1500 VO 100174 LEÓN identifica
IMERO: que somos deudores incondicionales de CON ENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:
capital: Por Por
intereses de plazo:
la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
ha suma de 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
partif de esta recha, 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 respectiva demanda judicial, sobre los intereses pandientes, debidos con un año de antarioridad 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 carro 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 EMANUEL 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 hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de
comercio.

Este			ο/λ	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.	NUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes
	dne	ANCO		AUEL	onfor
	pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO		REHABILITA	ANTIL S.A.S
	в	V ESP		O CL	INI
	carta	CO		ORCI ITUTO I el No	CIO
	<u>a</u>	GARI		NST O	TIT
	de	4 PA		s a C	HABI
0//	conformidad	PARA LLENAI		dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	LITACION Y I
	de	NES		S firm	HABI
	acreedor,	NSTRUCCIO	00	de nuestra: AANUEL S./ spacios en bla	UTO DE REI
	-	DE II	7	al pie	STIT
	por	RTA I	N-06-18	NCIA enar	LIR
	llenado		KY.	como ape E DEMEI	1MANUE
	será		.C.,yo	AL D	/o Eh
3Firma(s):_	pagaré		Bogotá, D.C., yo, <u>K</u>	identificac NACION INFANTI	S.A.S., y/o EMMAI

1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos 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 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 quien ingreso con fecha ... Intereses de plazo:__

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

Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los ga	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 instruccio	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.	lue se haya hecho abono a tal cuenta.
Firma paciente:	Nombre del paciente:
C.C.:	de
Firma responsable: * Hullin Bland	
Nombre del responsable 155ででの ちゃいけん トラル,	LEON,
c.c. 355/3555	de SVBA.
	The state of the s

Página 2 de 2	Actualización://		
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR – THRL – 04	Institute and in
IZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGA	Lamacco Canadaue) Emmarue)

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

Nombres T STRID DAUTISTO LEON.
samen
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.
 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 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
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):
): 3057221300, -319494
The state of the s
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: (1175)
Estado Civil: DEP SMADA.
Cedula de ciudadanía: 35 らららららんから
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: $\triangle STR(D, \triangle VT15TA + EDN$.