Entrice independent

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04.

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 1 de 3

7))/ PAGARE No.
Yo/nosotros: hime Rool, as /4, ? Nonjoh ov y/o identifica
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 capital:
Por intereses de plazo:Po
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos: No 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
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 deste pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por muestro cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSÓRCIO 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 hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercial
Firma(s): y/o Este pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho
pagare sera lierado por ver aprecior, de conformidad de la carda de linstrucciones, que se suscribe no
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Bogotá, D.C., yo, Tring Ladviso Ruit Montana y/o
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
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No que 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 cor
las siguientes instrucciones:
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; de
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; de paciente Folgando Muit Mondo de quien ingreso con fecha
Noviemby 10 ou 2018
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 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:
<u></u>
C.C.: de
C.C.: de Firma responsable: Firma Partire France Koglisa Hun 7 Mondon



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01	

Actualización: --/--/---

Página 2 de 3

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

	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres	
	e ciudadanía: C 19.417.045 Bogo to
Estado C	vil: 502tevo
	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hermono
Empresa	empleadora: Diver SAS
	: Enven 14N= 112-73
Teléfono	(s): 3/6-3728028
Trabajad	or independiente (profesión u oficio):
Direcciór	
Telefono	(s):
CONSO	que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a a RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL DTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito , para:
Α.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
B. C. D. E.	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. 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. 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. 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.
veras, co rectificac	mpleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ón y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación rme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los sels meses anteriores de mi
para fine públicas	zación anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada s diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	aber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo ces y sus implicaciones. Trina Roslvigo Kuit Montaga a 30.427.095 Bagata