## nde Demendas 0

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL . 04

Versión: 01 Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/--

Página 1 de 2

PAGARE No.

1345 B

AL REPUBLICATION OF THE REPUBL
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:
capital: Por intereses de plazo:
de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
imos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-
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 cardo los
gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de tímbre, si hay lugar de él. <b>CUARTO:</b> 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. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa de caso de arreglo directo o de pago a la etapa
impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será limpuestos 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 hemos impartido para tal efecto, de conformidad con la artículo 622, inciso 2 del códico de
comercio. Firma(s)
será llenado por el acreedor, de conformi
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Bogotá, D.C., yo, // // Nosotros,
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, attorizamos 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 lienar 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 con 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
Moderatores y demas gastos que se naya 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 つくしん ちょくしょくしょくしょくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅくしゅく
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
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.

Nombre del paciente:

de 1690100

## nde Pemencias FR - THRL - 04 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/---

Página 2 de 2

Versión: 01

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

Firma: Advison Pataguida
ores Adviance
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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.
públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros
necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
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
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, 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
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como
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):
Teléfono(s): 8856115 8617240
Dirección: Km 2.5 via Chia cota
Empresa empleadora: HH & Q SQ S-
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Macive e
Estado Civil: $Casada$
Cedula de ciudadanía: 52.666 904
Nombres: Adviana Maria Pataguiua Gome?
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: