		manusta nde baserda	Conservation Conse	
		FR – THRL – 04	FORMATO PAGAR	
PAGARE No.	Actualización://	Original: 29/06/2017	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	
1382 B	Página 1 de 2	Versión: 01	LIZADOS	

Este	suscribe	se	que	instrucciones,		a de	carta	а	de	y/o de conformidad	conf		acreedor,		por el	llenado	será	Firma(s): pagaré será
																	٠	comercio.
es que igo de	strucciono 2 del cód	as in:	con I. 22, in	en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de	A.S de sto en	ispue	on lo d	ad co	rmid	de confo	ecto, c	tal ef	ABILITA rtido para	impa	nemos	a parte l	mento	n docu
é será	ste pagar	NUE	EMA	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	ni cuen	porr	garlos NACIO	ra pa	to pa	acultanc al INS	edor f	AUEL	quedado a	garė, L INI C	io c	causen e)NSORC	por CC	npuesta enado
etapa go los	pago a la lestro car	o de le nu	recto erán d	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	n caso ios. SE	do, e. cesori	aboga sus ac	nás s	oraric ción r	los hona obligad	r de la	. QUI	ra la mora % sobre e	da pai un 20	ısa fija en en	náxima ta establece	al, se o	ntereses rejudici
remos	CUARTO: a partir o más, pagaremos	d o m	r de e ìorida	gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, asi como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de el de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad	on un a	dos c	mpues s, debi	iente	valor pendi	como el tereses l	n, ası o	sobre	nza se oca la judicial,	cobra	dicha tiva de	a respect	costos ha de l	astos y e la fec
orizada go los	máxima autorizada e nuestro cargo los		asa de erán (partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de cobro judicial de este pagare	es mora	teres	nos in extra	garei cial o	os pa judi	los gastı de cobro	caso c	s insu ue en	bligacione RCERO: q	las o s. TEI	sobre ıetaria	techa,	le esta utorida	or las a
que a	EGUNDO: que a	SEG	[8		del año_	de				e 	de			l día_	are, e	al tenedor de este pagare, el día	or de e	l tened
den, c	en su or	53, 0	142-6	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, c	n la Ca	.C., e	jotá D	е Вос	nas d	us oficir	or en s	creedo	inero al ac	a de d	mus	gastos: agar dicha	g s a pa	otros obligamo
Por							as:	etari	mon	ridades	s auto	por la	intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	ma aı	máx	ora: a la	s de m	ntereses
Por																plazo:	de	capital: intereses
ntifica Por	de CONSORCIO INSTITUTO DE la cantidad de:	es de EL 11	cional I ANU	Yo/nosotros: Flox Marlen Cardoll Dial Dial y/o Baren Esterania Dial 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	S deuc os deuc L S.A.S mente	soma NUE Mplei	_y/o_ D: que S EMAI	IER(CIAS idelar	PRIN MEN en a	DICAZ Iramos: DE DE S.A.S	, decla	ma(s), NACI	Yo/nosotros: Flor Maxlen Cardolo Dicel. do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: F CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEN REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S e	mi (nu	y/o a	F/OY irece al p INAUEL	tros: mo apa A EMIV	o/noso

-CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Bogotá,D.C.,yo,_ Nosotros, ____

de

JUNIO

Marlen

cardozo

_y/o

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 con las siguientes instrucciones:
	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO
ndentificado(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		
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
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	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 con las siguientes
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. 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 con las siguientes	INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el Noque 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:
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 con las siguientes instrucciones:	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 con las siguientes instrucciones:	1 El valor del capital corá la cuma total que por hogaitalización conquita prioritaria y hogaital día convicio proctados por los módicos

- 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 Koyen Estesania Diaz coyen 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 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:	
C.C.:	de	
Firma responsable: May 140 CO	rdo70	
Nombre del responsable: TOYION	C CYCOOO	
CC 577 717	de R+C	

Página 2 de 2 Versión: 01 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/ Original: 29/06/2017 FR - THRL - 04

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 susc	
Normbres: ☐ CONTIENT (CONCIOUS) Codula de ciudadanía: < < < < < < < < < < < < < < < < < < <	
asado	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: T (C)	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
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:	IO E
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como	9
 Seportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de 	2 4
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 lítiles para obtener una información elonificativa	36
C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SIIDERETNANCTEDA o las demás contidados aúblicas que singuista de la SIIDERETNANCTEDA o las demás contidados aúblicas que singuista de la seconda de la	<u>0</u>
puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	as
D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus radiamentos la información indicada en las casacianes de conservaciones y durante el periodo	ප
E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a	Ö
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.	50.
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.	es ón je,
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.	ara Sas Sos
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	용
Nombres Marlen Covolo20	
52289717	
Firma: Mariera Caralozo	