On technical description of the technical des	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADC	ZADC
Institute of the second design	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Ve
		Actualización://	Páa

na 1 de 2

sión: 01

S

PAGARE No. 1438 B	
Yo/nosotros: U/Mam SCONTCONTS.	identifica
e al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CON. UEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI	NSORCIO
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	antidad de:
capital:	Por Por
intereses de plazo:	    -
intereses 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	su orden, o
al tenedor de este pagare, el día de de del año <b>SEGUNDO:</b> que a	DO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada nor las autoridades monatarias TEDCEDO: que en caso de cobro indicial o extra indicial do esta pagas carán de máxima autorizada	autorizada
gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. <b>CUARTO:</b> a partir	To: a partir
de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, paga	pagaremos
intereses a la màxima tasa fijada para la mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa	lo a la etapa
prejudicial, se establecen en un 20% sobre el Valor de la obligación mas sus accesórios. <b>SEXTO:</b> que seran de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	ro cargo los nagaré será
llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	5.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	icciones que el código de
comercio.	ı

3Firma(s):
erá llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
Водота́, D.С., уо, ДТ - О 6 - + В - у/о
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
<b>INFANTIL S.A.S</b> para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.
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
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

ello. El

 $\sigma$ 

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:

Monton

Zetcert Sonto (500)

Firma responsable: ★ / / / / CUUI Nombre del responsable: ハイのの C.C.: 50, 908306

Firma paciente:

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

Página 2 de 2	Accading acion.			_
	Actualización://			
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR – THRI – 04	Institute National de National de Demeri, as	
			CANACA CAN	
IZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGAI	•	

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

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.	
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.	Cedula de ciudadania: SO 90 8.30 €.  Estado CNH: SO 10 10 8.30 €.  Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el padente: HETA Empresa empleadora: HE 6 Acc.  Dirección: LEA 54 H MISS 10 72 H  Trabajador independiente (profesión u oficlo):  Dirección: LEA 54 H MISS 10 0 9 u. v B € a 51 v. g B
	Estado Civil: (□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(□/(
	Cedula de ciudadanía: $SO(908.306)$ .  Estado Civil: $SO(908.306)$ .  Empresa empleadora: $SO(908.306)$ .  Dirección: $SO(908.306)$ .  Teléfono(s): $SO(908.306)$ .  Teléfono(s): $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Dirección: $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Dirección: $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  Dirección: $SO(908.306)$ .  Telefono(s): $SO(908.306)$ .  T
	iudadanía: $\frac{50'908.306}{2008.000}$ iudadanía: $\frac{50'908.306}{2008.000}$ o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\frac{147}{2008.000}$ pleadora: $\frac{110600}{11060000}$ $1100000000000000000000000000000000000$
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL LY/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:  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 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 puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla 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.  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.	こうじょう