(Aprilation)	FORMATO PAGARI	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
MANUEL Inde Emanus	FR - THRL - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización://	Página 1 de 2
Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/nosotros: Yo/ Yo/ Yo/ Yo/ Yo/ Yo/ Yo/ Yo	TUTO NACIONAL DE DEMENCION INFANTIL S.A.S en ad	PAGARE No. PAGARE No. 1473 B Yo/nosotros: Beath - Comp Endo y/o 26 455 658 do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicional CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, po	identifica ales de CONSORCIO DEL INSTITUTO DE por la cantidad de:
capital:intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la maxima autorizada por las autoridades monetarias: otros gastos:	rizada por las autoridades monet	tarias:	Por 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 al tenedor de este pagare, el día	ero al acreedor en sus oficinas de de	Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142 del año	SEGUNDO: GUA
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada	jaciones insultas y los gastos paga	aremos intereses moratorios a la tasa o	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	ERO: que en caso de cobro judici: a se ocasionen, así como el valor d	al o extra judicial de este pagare serár lel impuesto de timbre, si hay lugar de	n de nuestro cargo los 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 OllINTO: los bonorarios de abogado en caso de arreglo directo o de paga a la caso de arreglo directo o de paga a la caso.	udicial, sobre los intereses pendie	ntes, debidos con un año de anteriorid	lad o más, pagaremos
prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los	sobre el valor de la obligación m	ás sus accesorios. SEXTO: que serán	de nuestro cargo 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 EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL TINSTITUTO DE BEHARTITACION Y HABILITACION TINEANTIL S.A.S. de Carretta de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya del companya del companya de la companya del companya de la companya del companya dela	edado al acreedor facultando para EMMNAUEL y/o al INSTITUT TACTON Y HABBI TACTON	pagarlos por mi cuenta si fuere necesi O NACIONAL DE DEMENCIAS EM	ario. Este pagaré será IANUEL S.A.S., y/o
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	lo para tal efecto, de conformidac	d con lo dispuesto en el artículo 622, i	inciso 2 del código de
3Firma(s):	γ/ο		Fste

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

pagaré

será

llenado por

el acreedor,

de conformidad

de la

carta de instrucciones, que

se

suscribe

hoy

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.	Y/O AI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente (1000) Phora (2000) Endo quien ingreso con fecha (1000) Tulio (100) Solo (100) Tulio (100) Solo (100) S	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 hava incurrido por concento de la permanencia en el CONSORTO CITATO ENMANDIE.	.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	DE REHABILITACION	Bogotá, D.C., yo,
que haya lugar a ello. El mbrado la cuenta no es	E REHABILITACION Y	estados por los médicos oles), copagos y cuotas	que en la fecha EMENCIAS EMANUEL forme con las siguientes	y/o al INSTIT Y HABILITAC	٧/٥

Firma responsable: 20014

de Cano Endo

_Nombre del paciente:

Firma paciente: _ C.C.:_

SPITALIZADOS	Versión: 01	Página 2 de 2
ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización://
FORMATO PAGAR	FR – THRL – 04	
CHOWN CW CHOWN CW CHOWN CW CHINGRAGE		

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

Dator on order do original (a) or (a)	
Nombres: Beatric Cano Endo M Torge Maviro Espaso	WAYYO ESPOSO
10	J 321-264 21-97
Estado Civil: V í u o la	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora: , ,	
Dirección: @ @d/le 145Wy N. 12-29 Villa SOJ=18 II SOSICHO COMPONT.	I SOUTHON COMPAN
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
327-424-67-56-	327.264.27.97 Torge Navamo

1.4

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:

- 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. Ä
- 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. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como æ.
 - de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas por intermedio y, también, a las centrales de riesgo de manera directa puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Enviar la información mencionada ن
- Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo a.
 - 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. ய்

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.

Declaro h	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo	por la cual entiendo
sus alcano	sus alcances y sus implicaciones.	
Nombres	es Beatiz Cono Endo	
 	26455658	
Firma:	Bester Long Chalo-	