	Versión:	Página 2
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original:21/12/2016	Actualización://
Formato pagare	Documento Controlado	FR- GFCT -01
\$007\$L00	STANDARD STA	Section and the section of the secti
SOURCE STATES	e vene	March 1985

7

<u>~</u>

C.C.:	
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE SUSCRIBA PAGARE Y C	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:	ta de instrucciones:
Cedula de ciudadanía;	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora:	
Dirección:	
Teléfono(s):	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
Declaro que la información que he (mos) suministrado es	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 31 INSTITU EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HAI	consonalo climica eminauel y/o si institucio nacional de demencias emanuel s.a.s., y/o Emmanuel instituto de rehabilitacion y habilitacion infantil s.a.s o s quien ses en el útuto el
acreedor del crédito solicitado, para:	

- centrales de riesgo toda la información relevante para en cualquier tiempo, en las Ť
- desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. 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. có
 - 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 tratarla, analizarla, clasificarla y fuego suministrarla a dichas centrales. Û
- 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. Õ
 - 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. LL.

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 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, los seis meses anteriores de mi petíción.

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 permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información

lido a cabalidad, razón por la cual	
naberla comprend	
de esta cláusula y l	
inte el contenido de esta cli	ciones.
ır leido cuidadosamentı	ances y sus implicad
eclaro haber k	intiendo sus alcances y

	,		
مومد شدا معود	di vedanuldili faallii	edire Delaboratei	
	di de tidad vintida	activities (Chillipse	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	landilidadalan eduale	tal divelet (27,500)	
	Librate distribution of the second	Lef Comband Shiring	
***************************************	diametric dise	A. of Lie Carital Assessment	
	dibonibile tables.	Selection of Service	
Ì	O Uprin di libra di l	nijeko hainalikida	
	ila de la constanta de la cons		
	V-AVALLET EN LINE AL		
4	Madelefillesikin	***************************************	
		Paraban Market	
		-	
1		entlimic#Lordstp.	
	and the second second	no managament de la constitución	
	Virginistrativist.	house the most	
	all dablin diablicham	A11404000000000000000000000000000000000	
ĺ	and the latest section like	مقدستكا الكينة بدورة وما	
	g-allian-maid	tudid was a second	
Nombres		 @	
Nom	ڗؙ	Firma:	

A.S; del	HABILITACION INFANTILS.A.S;	REHABILITACION Y HABILITACION I	INSTITUTO DE REH	
s prestados por s e inmuebles), consorcio	iria y hospital nstitución (bie to de la perma	tal que por hospitalización, consu n, medicamentos, daños ocasiona más gastos que se haya incurrido r	1.El valor del capital será la suma to los médicos adscritos a la institució copagos y cuotas moderadores y de	
ABILITACION	que en la recha nemos suscrito à ravor de CLIMICA 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:	ue en la recha nemos suscrito a n MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o S conforme con las siguientes insi	The property of the property o	
MMNAUEL y/o IABILITACION Inguido con el	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	ce al pie de nuestras firmas, autor MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o S.A.S. para llenar los espaci	Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA E al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHY HABILITACION INFANTIL S.A.S. para lienar los espacios en blanco del pagare disti	
y/o			Bogotá, D.C., yo,	
	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	JCCIONES PARA LLENAR PAG	CARTA DE INSTR	1
e suscribe hoy	la carta de instrucciones, que se	de	Este pagaré será llenado por el	
		y/o	Firma(s):	
iso 2 del código	documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	para tal efecto, de conformidad α	documento a parte hemos impartido de comercio.	
cciones que en	INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que en	NY HABILITACION INFANTIL	INSTITUTO DE REHABILITACIO	
CONSORCIO	quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será ilenado por CONSORCIO	pagarios por mi cuenta si fuere nu	quedado al acreedor facultando para	
in 20% sobre el	los honorarios de abogado, en caso de arregio 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 impliestos que causen este nagará	de arregio directo o de pago a la sorios. SEXTO: que serán de nu	los honorarios de abogado, en caso valor de la obligación más sus acce	
ore los intereses nora. QUINTO:	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:	él. CUARTO: a partir de la fecha c nterioridad o más, pagaremos inter	impuesto de timbre, si hay lugar de pendientes, debidos con un año de a	
mo el valor del	de este pagare serán de nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del	irgo los gastos y costos que por	de este pagare serán de nuestro co	
eses moratorios	SEGUNDO: que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios	a fecha, sobre las obligaciones i	SEGUNDO: que a partir de est	
142-63, o en su	Carrera 22 no.	nero al acreedor en sus oficinas de e, el día	obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la orden, o al tenedor de este pagare, el día	
Nos		Team box is a second manage in or inches	otros gastos:	
Por	in the second se	rizada nor las autoridades monetar	intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	
Por		poi la caltinad de.	capital:	
IAS EMANUEL S en adelante	INFANTIL S	es de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACION. EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	incondicionales de CONSORCIO C S.A.S., y/o EMMANUEL INSTIT	
somos deudores	PRIMERO: que	al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos:	Yo/nosotros:	
379 F	PAGARE No.			
Página 1 de	Actualización://	FR- GFCT -01	Figure 1900	
Versión: 01	Original:21/12/2016	Documento Controlado	Control of the contro	
ALIZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPIT	FORMATO PAGARE	Climbra	
The control of the co			ing a statement arms and the statement special data and the statement of t	

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.

Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

quien ingreso con fecha

Firma responsable:

Short H

8

_Nombre del paciente: _

Firma paciente:

paciente.

Intereses de plazo: