Consorcio Ennica Ennica Inde Demercia

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

22 50 (25)	PAGARE No.	1669 B	
Yo/nosotros: CANa Patricia, Gonzalez.	y/o		identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos	: PRIMERO: que son	nos deudores incondi	icionales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONA INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S			
de:	A.S en adelance simpler	nente el acreedor, por	ia cariduad
Por capital:	,		
Por intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades moneta	arias:		Por
otros gastos:	-		Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de f	Bogotá D.C., en la Carrer	a 22 no. 142-63, o en	su orden, o
al tenedor de este pagare, el díade	del año	SEGUN	DO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gasto			
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso d	e cobro judicial o extra	judicial de este paga	re serán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen,	así como el valor del im	npuesto de timbre, si h	nay lugar de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial,	sobre los intereses per	ndientes, debidos con	un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para l			
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un			
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pag			
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO			
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	DE REHABILITACION	A A HABILITACION	INFANIIL
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte	e nemos impartido para	tal erecto, de conform	nidad con io
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.			
Firma(s):			Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de	la carta de instrucc	ciones, que se su	scribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PA	CADE CON ESDACTOS	EN DI ANCO	
CARIA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PA	GARE CON ESPACIOS	ENBLANCO	
Bogotá,D.C.,yo,		Paramana and Allendary	y/o
Nosotros,			
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a C			
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL 1	INSTITUTO DE REHAE	BILITACION Y HAB	ILITACION
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinu			
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORO	CIO y/o al INSTITUT	O NACIONAL DE D	EMENCIAS
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITAC	ION A HABILITACION	INFANTIL S.A.S co	onforme con
las siguientes instrucciones:		al día comulaise procta	dos nor los
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, cons médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a	oulla prioritaria y riospilo o la institución (bionos e	muchles a inmuchles	conserv
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conc			
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS I			
		ANTILS.A.S;	del
paciente (a) os Andres Cifcrentes Conze	ilcZ quie	•	
padente ou			
1. Intereses de plazo:			
2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mo	netarias.		
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobrar	zas prejudicial y judicial	en caso de que haya	lugar a ello.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momer			
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho a	bono a tal cuenta.		
		dal	naciontos
Firma paciente:	Nombre	del	paciente:
		del	paciente:
C.C.: de		del	paciente:
C.C.: de de		del	paciente:
C.C.: de	Nombre	del	paciente:



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 2 de 2

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

Datos generales de quien(eş) va(n) a su	scribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: <u>Dna Patricia</u>	
Cedula de ciudadanía: 39'54	2638
Estado Civil: <u>Carión Lib</u>	
Parentesco o calidad en la que actúa, si	no es el paciente: <u>Mama.</u>
Empresa empleadora:	
Dirección: Diagonal 85)	V-77-59
Teléfono(s): 321 47 3	33 78·
Trabajador independiente (profesión u o	ficio): Oficios Jarios
Dirección:	경영한 경우 구시 역시 전 1000 전 1000 경영화 경우 전 1000 전 100
Telefono(s): 3002010 1	48
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y	nos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL / HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito
A. Consultar, en cualquier tiempo	o, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
	pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
sobre el incumplimiento, se hu tal forma que éstas presenten	ormación de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como biere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como ado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
SUPERFINANCIERA o las de	nada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la emás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que a, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
	d) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
	amentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. nformación de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a
	ancieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros
veras, completa, exacta y ecualizada, y rectificación y a que se informa sobre las	ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su s correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación o consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi
para fines diferentes, primero, a evaluar	a entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada r los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, iones de ellas.
sus alcances y sus implicaciones.	contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
Firma: 39 39 63 6	