## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Origir Actua

Versión: 01	Página 1 de 2
nal: 29/06/2017	alización;//

PAGARE No.

1285 B

Identification (Identification
do(s) como aparece al ple de mi (nuestras) firma(s), declaramos: <b>PKIMEKU:</b> que somos deudores incondicionales de <b>CONSORCIC</b> CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI KEHABILLIACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de
apitai: Po
ntereses de mora: a la màxima autorizada por las autoridades monetarias:  Nos gastos:
tha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orde de dia
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada
por las autoridades monetarias. <b>TERCERO:</b> 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. <b>CUARTO:</b> a partil de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos ntereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>OLITNTO:</b> los honorarios de aborado de argodo directo de la como de argodo.
prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. <b>SEXTO:</b> que serán de nuestro cargo los mpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será lenado por <b>CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL v/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.</b> , v/o
EMITANDEL 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 comercio.
Dagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe hoy
Carta de Instrucciones para llenar pagare con Espacios en Blanco
Bogotá, D.C., yo,
Hentificado(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.
instrucciones:  LE valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados nor los mádicos
adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas incorridos y cuotas permanencia en el CONSORCIO CIINICA 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 DOLLAU ALEXANDE L'IMENCE ALCOCTE quien ingreso con fecha
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 dancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
Firms paciente.
de
Nombre del responsable: Av 8-4 MAP I A KUDEZO HER NAN DE Z
de 900
Managements and the second control of the se

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

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

Nombres PULA MARIA AGOSELO HERNANDOZ  C.C.: 52243808 BAH
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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.
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.
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.
puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales. D. 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. v E. de esta cláusula.
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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas
<ul> <li>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.</li> <li>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</li> </ul>
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:
Telefono(s):
Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s): 3 10 46 6 0
_ 1
Figuresa empleadora: DARRIGA TEATIZ
Estado Civil: MADRE SOCIERA
0
Nombres: ALLA MARIA AGUEZO HERANDEZ
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:

Firma: