## Consorces Englande Englande Inde perendi

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

		PAGARE No.	1663 B	
Yo/nosotros: - Sonia Hernande	2 Muñoz	y/o		ر_ identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras				
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al				
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABIL	ITACION INFANTIL S	.A.S en adelante simple	mente el acreedor	r, por la cantidad
de:			·	
Por intereses de plazo:				Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por	r las autoridades monet	arias:		Por
otros gastos:				Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acre				
al tenedor de este pagare, el día	de	del año	SEC	GUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligacion	nes insultas y los <mark>gast</mark> o	s pagaremos intereses	moratorios a la	tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TE	RCERO: que en caso o	e cobro judicial o extra	judicial de este	pagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha	a cobranza se ocasionen	así como el valor del ir	npuesto de timbre	, si hay lugar de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respe	ectiva demanda judicial,	sobre los intereses pe	ndientes, debidos	con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la m				
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicia	al, se establecen en un	20% sobre el valor de	la obligación más	s sus accesorios
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impues				
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será ller	nado por CONSORCIO	<b>CLINICA EMMNAUEL</b>	y/o al INSTITU	ITO NACIONAL
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EM				
S.A.S de conformidad con las instrucciones qu	-	hemos impartido para	tal efecto, de cor	nformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código	de comercio.			
Firma(s): pagaré será llenado por el acreedor,	y/o	I I		ESCE
pagare sera lienado por el acreedor,	de conformidad de	ia carta de instruc	ciones, que se	suscribe hoy
Bogotá, D.C., yo,		* .	EN BLANCO	y/o
Nosotros,identificado(s) como aparece al pie de nuestras				
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A. INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA la EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO Las siguientes instrucciones:  1.El valor del capital será la suma total que pomédicos adscritos a la institución, medicamento cuotas moderadores y demás gastos que se la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONA REHABILITACION y paciente	blanco del pagare distin EMMNAUEL CONSORO JTO DE REHABILITAC or hospitalización, consos, daños ocasionados naya incurrido por conc	guido con el No	TO NACIONAL D N INFANTIL S.A. al día, servicios p muebles e inmuel a en el CONSO D EMMANUEL I ANTILS.A.S;	que en la per de
*				
Intereses de plazo:				
<ol><li>Intereses de mora a la máxima tasa permitid</li></ol>	•			
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar				
El pagare será llenado de acuerdo con estas inscancelada en su totalidad, o por el saldo en caso			ente ya nombrado	la cuenta no es
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ny Rodriguez (		del	paciente
C.Cii	_			
Firma responsable: Junion Hernandez				
Nombre del responsable: Sonia Herna	rdez Minsz			
C.C.: 1074783639	de Bounta	0.6		***************************************
			-	



## 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

_	enerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
	s: Vonia Alejandra Hernández Muñoz
	le ciudadanía: 10442836.39
	ivil: <u>Soltera</u>
Parentes	sco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Pareja
Empresa	empleadora:
Direcció	1: (Diagonal 89a # 115-50)
Teléfond	(s):
Trabajad	lor independiente (profesión u oficio):
Direcció	가
Telefond	o(s):
	보는 보통 보통 보통 보통 사용 사용 보통
INSTIT solicitade	RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL UTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito p, para:  Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
۸.	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
В.	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. D.	Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la <b>SUPERFINANCIERA</b> o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas 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
E.	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.
veras, c rectificad	ización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es ompleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ción y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación arme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi
para fine públicas	ización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada es diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, e modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo nces y sus implicaciones.
Nombres	Sonia Hernander Miñaz
C.C.:	1074783639
Firma:	Ponia Hernández.