ALIZADOS	Versión: 01	Página 1 de 2
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original:21/12/2016	Actualización://
FORMATO PAGARE P	Documento Controlado	FR- GFCT -01
© Division	onental Chr	inde
	4 1 4 1 4 1 4 1 4 1 4 1 4 1 4 1 4 1 4 1	A SAGARIES

PAGARE No.
Mostros: Agricia Alleres
irma(s), declaramos: Pl
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:
ntereses de plazo:
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
tros gastos:
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 de SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima
jutorizada 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
le él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de
interioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso
de arreglo 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 impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
ni cuenta si fuere necesario. Este pagaré sera llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUCIO
VACIONAL DE DEMENÇIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMIMANOEL INSTITUTO DE RETEXESTET MAZON. TELESTET PASSON. TELESTET POSSON. TELESTET PASSON. TELESTET
Conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.
irma(s):
≣ste pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe noy

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

Firma(s):_

(C1+000)	0//
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firm	como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al
INFANTIL	INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con
No. THE TATELLE NACTOMA! DE DEMENCIAS EMANUEL	No. No. TAKETHITO NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	siguientes instrucciones:
 El valor del capital será la suma total que por hospita médicos adscritos a la institución, medicamentos, dañ 	El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los mácticos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
y cuotas moderadores y demás gastos que se haya in EMMNAUEL v/o al INSTITUTO NACIONAL DE I	y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por EMMNAUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	ILS.A.S; del paciente
ingreso con techa	
3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	· las autoridades monetarias.
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instruco no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso d	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 lienado 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.

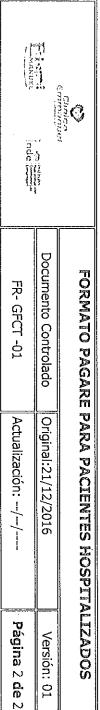
Nombre del responsable:

l Ge

Firma responsable:

Nombre del paciente:

Ġ



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: کامریکوی کاریکوچک	de instrucciones:
Cedula de ciudadanía: 仏のよ)スタ(ロ	
Estado Civil:	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Account of the second of the s
Empresa empleadora:	
Dirección:	Advisory .
Teléfano(s):	
Trabatador independiente (profesión inoficio).	
Dirección:	

del crédito solicitado, para: 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 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

- Þ 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 Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
- ġ como sobre el incumplimiento, significativa. desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido
- Ω estas puedan tratarla, analizaria, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y también, por intermedio de la
- Ö necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- ш a mis relaciones comerciales, financieras Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten

obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores es veras, completa, exacta y ecualizada, rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada mi petición. y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su as correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la

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.

!		X Nombres	
	t/0 eHOD	*Nombres Harlen Alvara	