NTES HOSPITALIZADOS	5/2017 Versión:	// Página 1
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017 FR – THRL – 04	Actualización://
Chambres Chambres Fremheres	To the thinking the state of th	

IZADOS	Versión: 01	Página 1 de 2
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización://
FORMATO PAGARE	FR – THRL – 04	
Gipnope Cas Gipnope Cas Gipnop	To Instituto Residente de Parismetas	

PAGARE No.

Yo/nosotros: 14 (Dewish Veloper Care.	identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : que somos deudores incondicionales de CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE	condicionales de CONSORCIO EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	eedor, por la cantidad de:
capital:	Por
intereses de plazo:	Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
otros gastos:	Nos
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	2 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 autorizada	I la tasa de máxima autorizada
por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los	are 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. CUARTO: a partir	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	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	lo 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	ue serán de nuestro cargo los
impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	ire necesario. Este pagaré será
llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o	CIAS EMANUEL S.A.S., y/o
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	idad 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	ilo 622, inciso 2 del código de
comercio.	

Este hoy 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 No.

| Autorita | Au suscribe Se dne CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO instrucciones, ф carta ф conformidad ф acreedor, ē pod llenado Bogotá, D.C., yo, será Firma(s): pagaré

1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA 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 quien ingreso con fecha

Intereses de plazo:

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
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
Firma paciente:
- de
Firma responsable:

William g.

Jacon

beerief

Nombre del responsable: (L

	Institute of the second of the	Partition of the control of the cont
	FR – THRL – 04	FORMATO PAGAR
Actualización://	Original: 29/06/2017	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
Página 2 de 2	Versión: 01	LIZADOS

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) ya(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	iones:
Nombres: Waid Velova (allo	
Cedula de ciudadanía: 1088311359 .	
Estado Civil: (3/Hevo	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: He vm u no	60.
Empresa empleadora: In dependiente.	
Dirección:	
Teléfono(s): 3225964756	
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección:	
Telefono(s):	
CICIO IX (2).	

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:

- Ä deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como
- $\overline{\omega}$ 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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como
- \bigcirc puedan tratarla, analizarla, 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 estas
- D Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo
- \Box 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 públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros

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, yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo 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 mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas

sus alcano	sus alcances y sus implicaciones.
Nombres	Nombres Dayiel Velde Cares.
C.C.:	1040711359.11.11
Firma:	Firma: (and John My Cour.
_	