HOSPITALIZADOS	Versión: 01	Página 1 de
ORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPI	Original: 29/06/2017	Actualización:/
FORMATO PAGA	10 - 10HZ	
On the contract of the contrac	6 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	

a 1 de 2

Eldentifica INSORCIC TTUTO DE	228		su orden, c	autorizada To: a partil pagaremos o a la etapa o cargo los pagaré será i.A.S V/o
YOUNGOTOS: 10 SINEW COMESTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de			obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, c al tenedor de este pagare, el día de se su orden, de de año de se su orden, con su o	partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a 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 por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir 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 de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arregio 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 mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., v/o EMMANUEL 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 la artículo 622, inciso 2 del código de conercio.
o. Andro ores incondict v. y/o EMMs el acreedor,			Tera 22 no. 1	torios a la tas ste pagare se si hay lugar. To de anterio e arregio dire CTO: que ser a si fuere nec EMENCIAS.
PAGARE No.			del año	tereses mora judicial de es sto de timbre sto de timbre idos con un a do, en caso do cesorios. SE) por mi cuent DNAL DE D DILL S.A.S de es ispuesto en estadora.
//o- IMEKO: que		onetarias:	de Bogotai D	dicial o extra dicial o extra or del impuec or del impuec rios de aboga n más sus ac ora pagarlos ruto nact on InFANT
AL DE DEME		tondades m	sus oficinas de	y los gastos is o de cobro ju o de cobro ju il como el val intereses per intereses per la obligación facultando po al INSTITACIO. de conform
ima(s), dec		la por las au	l acreedor en	nes insultas : que en cas casionen, as al, sobre los var. QUINTC e el valor de o al acreedo (MAUEL y/
in (ruestras)		ma autorizad	de dinero a	las obligacio s. TERCERO cobranza se o manda judici da para la mo un 20% sobr garé, quedad INICA EMB REHABILI impartido pa
Yo/nosotros: 10 S/Jev and Pruestras/ firma(s), declaramos: Pi do(s) como aparece al pie de mi (ruestras/ firma(s), declaramos: Pi CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEM KEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S er	azo:	ntereses de mora: a la maxima autorizada por las autondades monetarias: gastos:	r dicha suma e pagare, el	echa, sobre ss monetarias de por dicha de sepectiva de tima tasa fijar ablecen en usen este par SORCIO CI
osotros: A como apare IICA EMMN	apitai:	sses de mon gas	obligamos a pagar al tenedor de este	r de esta fa as autoridade as y costos qu fecha de la r fecha de la r fo por CON la por CON la por CON la por CON la por
Yo/nk do(s) CLIN	capital:_ interese	intere	obliga al ter	partir de por las au gastos y de la fech intereses prejudicia impuestos llenado p EMMANI en docum comercio.

Regora D.C., yo., The live and the livest state of the st	SLANCO SLANCO NAUEL y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION TACION Y HABILITACION TACION Y HABILITACION TACION Y HABILITACION Special des signientes Special des signientes
Nosotros, Nentificado(s) como aparece al pie de muestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAIJEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NENTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o el INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o el institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución consulta prioritativa 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 adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o el MARNILLE NOS. CLINICA EMANNALIEL NASTITACION INFANTILLE A.S.; del paciente Torror A.S., y/o el MARNILLE NOS. CLINICA EMANNALIEL NASTITACION INFANTILLE A.S.; del paciente Torror A.S., y/o el MARNILLE NASTITACION INFANTILLE A.S.; del paciente Torror A.S., y/o el MARNILLE NASTITACION INFANTILLE A.S.; del paciente Torror A.S., y/o el MARNILLE NASTITACION INFANTILLE A.S.; del paciente Torror A.S., y/o el MARNILLE NASTITACION INFANTILLE A.S.; del paciente Torror A.S., y/o el MARNILLE	TACION Y HAB
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILIT. A.S. Para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. Ca favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. Capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servic n'institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e in y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSOR ITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO ON INFANTILS.A.S; del padente Toloro y/o EMMANUEL INSTITUTO ON SON EMPANUEL INSTIT	INAUEL y/o al TACION Y HAB QU DE DEMENCIA S conforme con l
El SEL	
dulen ingreso con fecha	incepressados por imuebles), copag NCIO CLINICA IO DE REHABILA

Intereses de plazo:
2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.
4. Así mísmo 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 salido en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.

Nombre del paciente:

8

25%

Firms paciente:

G.C.:
Firms responsable:

Nombre del responsable:

G.C.: 57 6 97 2 20

0 nde Princes 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 Systemationes.
Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
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.
necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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 período
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. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la
 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. B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como
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):
7
Trabatador Independiente (profesión u oficio):
Dirección: Cra 25 34-34 Sur
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Estado Civil: Se para Corta.
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:

00