	ATHERITY OF STATE OF	Instituto Varional de Denencias	Ennica Ennica Ennica	€
	FR – THRL – 04			FORMATO PAGAR
	۸۵۲ ایجانی ا	Original: 29/06/2017		FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITAI 1740OS
Página 1 de 2		Versión: 01		TZADOS

Gange Can Clanice	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
Engandatuer Amanatati	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización://	Página 1 de 2
Yo/nosotros: Bany Jose	QUENAS POMAY	PAGARE No. 1380	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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por capital:	e de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIME /o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCI HABILITACION INFANTIL S.A.S en ade	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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de: Por capital:	ales de CONSORCIO UEL INSTITUTO DE por la cantidad de:
es de plazo: _	máxima autorizada por las autoridades monetarias:	arias:	Por
otros gastos:			
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142 al tenedor de este pagare, el día	ero al acreedor en sus oficinas de l de	Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142 del año	SEGUNDO: gue a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa d	gaciones insultas y los gastos paga	de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobre judicial o extra judicial de extra paga de máxima autorizada	de máxima autorizada
gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de	se ocasionen, así como el valor de	el impuesto de timbre, si hay lugar de e	él. CUARTO: a partir
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	a mora. QUINTO: los honorarios o sobre el valor de la obligación má	de abogado, en caso de arreglo directo s sus accesorios. SEXTO: que serán	o o de pago a la etapa de nuestro cargo los
llenado por 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 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	EMMNAUEL y/o al INSTITUTO ILLITACION Y HABILITACION I hopara tal efecto, de conformidad	O NACIONAL DE DEMENCIAS EMINFANTIL S.A.S de conformidad con con lo dispuesto en el artículo 622, in	IANUEL S.A.S., y/o las instrucciones que inciso 2 del código de
	у/о		Este
será llena	acreedor, de conformidad de STRUCCIONES PARA LLENAR PA	do por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	se suscribe
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDA DE DEMENDA SUSCRITO A favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEM	nuestras firmas, autorizamos a CIUEL S.A.S., y/o EMMANUEL I ios en blanco del pagare distinguid ios en blanco del pagare distinguid	CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION do con el No.	y/o al INSTITUTO I Y HABILITACION que en la fecha
instrucciones:			
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	que por hospitalización, consulta por tos, daños ocasionados a la insti	por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas	tados por los médicos s), copagos y cuotas
moderadores y demas 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	naya incurrido por concepto de la DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., , del paciente <u>Sema y ム</u> ろ	permanencia en el CONSORCIO CL y/o EMMANUEL INSTITUTO DE RI のちこういか 兄の かひり ひこ ひれい	IO CLINICA EMMNAUEL DE REHABILITACION Y (なんのこがなる)
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	a permitida por las autoridades mo la pagar los gastos de las cobranz	onetarias. Las prejudicial y judicial en caso de que	e haya lugar a ello. El
pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	estas instrucciones, si al momento lo en caso de que se haya hecho a	si al momento de la salida del paciente ya nombre haya hecho abono a tal cuenta.	ya nombrado la cuenta no es

50

de

PERMISO

Nombre del paciente:

DE PERMANENCIA (BOBOTÁ

DE CARDENAS

J05E

Charense de

Bobo 12

7 FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Follow File	Instituto de Nacional de Nacional de Nacional de Nacional de Nacional de Managementas	FR - THRI - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		; ; ;	Actualización:/	Página 2 de
AUTORIZAC	IÓN PARA CONSULT	TA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIB PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	QUIEN SUSCRIB
Datos generales	de quien(es) va(n) a	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: N <mark>o</mark> mbres:	ciones:	
Cedula de ciudadanía:	danía: 609357	157		
Estado Civil: (25.900)	CA5ADO			
Parentesco o ca	lidad en la que actúa,	Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: $\mathcal{H}^{i,j}$	0	
Empresa emplea	adora: UNIVER	Empresa empleadora: UNIVERSIDSD DE AMEDICA		
Dirección:	CAUTERS 51C	Dirección: CACTERS 61C BIS # 404-44		
Teléfono(s):	Teléfono(s): 3134207573	.73		
Trabajador inde	Trabajador independiente (profesión u oficio):	u oficio):		
Dirección:	Dirección: AV CARCUNYALAR	VALAR		
Telefono(s):	3376680	90		

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:

- 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.
 - 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 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. В.
- a SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas por intermedio también, manera directa de de riesgo a las centrales información mencionada Ċ.
 - con las debidas actualizaciones y durante el puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, Ö.
- 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 necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. ш

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.

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 La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para conclusiones de ellas. matemáticos,

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

s Bony		
JOSE MONENAS	36 7	Linky
ibres Parv	6093	ia:
Nombres	 	Firma: