Conservice Clivica Entranced Fi 1-2 Fil | Macional de

Página 2 do 2

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

	29/06/2017	plut
A 1891.10	P 4575	

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

	432 F
	ARE NO. AT DETICULATION OF THE
Yo/nosotros: Manadel Rasano Velai ex Rincon y/o	PAG
Yo/nosotros: Mana del Kasano Velai ex Kincon y/o	identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somo: CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	s deudores incondicionales de CONSORCIO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplem	nente el acreedor, por la cantidad de:
capital:	BINEDEOUD Por Por
intereses de plazo:	livi Por oti
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., er	la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o
	añoSEGUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses	
por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicia	al 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 de él. CUARTO: a partir
de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos co	on un año de anterioridad 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 accesorio	os. SEXTO: que serán de nuestro cargo los
impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por m	i cuenta si fuere necesario. Este pagaré será
llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/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 lo dispues	to en el artículo 622, inciso 2 del código de
comercio.	
	A. Consultar, en cualquier bemps, en las c
	y street to secure the thereto liter, to buob Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de	Instrucciones, que se suscribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ES Bogotá, D.C., yo,	PACIOS EN BLANCO
Nosotros, and shall be not be the season of	
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C	
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D	E REHARILITACION Y HARILITACION
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	THE en la fecha
hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION IN	FANTIL S.A.S conforme con las siguientes
instrucciones:	a signification of the contract signification
1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospitalización y del consulta y del con	pital 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 el	n el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL
y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU	EL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente	the selected in a through a river while of an about
quien ingreso con fecha	and the state of the second control of the second of the s
1. Intereses de plazo: hipomotor or applique operat de proprieto de parte per esta per	autorización anterior no cormite a (la entidaci-
2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	ies diferentes, primero, a evaluar los riesgos de
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y	
pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida o	del paciente va nombrado la cuenta no es
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuer	nta
) as eace decising. A righter of constraint a constraint to the property of the content of	JOHNSON LOUIS SUNDA INCUMENTULA DINISA NOLINA DINISA
Firma paciente:Nombre del paciente:	IS BICARCES Y SUSJITHURCIKUHNES
C.C.: de	ombres March del March
Nombre del responsable: Having of Rosano Velaseo Ro	
Nombre del responsable: / Marigo ofel Rojano Volaseo FD	
C.C.: 28098166 de Charald (8	the moderal.

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Figure Inde Services Inde Services

Página 1 de 2

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**

Della Control of the	
Datos generales de quien(es) ya(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: , MOTAM OTBITITEM I so l	
Nombres: Maria del Kojuin Veloreo Rinco ITMAMI MOIDATLIBAN	REHABILITACION Y
Cedula de ciudadanía: 28098166	l attached
Estado Civil: So Texa	intereuse de plazo:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: madre	intereses de mora: a la r
The state of the s	
	al tenedor de este pagan
Telefono(s):	por las autorida des monet
Trabajador independiente (profesión u oficio):	
Dirección: repre asm o habitativas es año qui nos appidas estadanse acestara en asce denibut abrastiala a	de la fecha de la respectiv
Telefono(s):	intereses a la maxima tast
 D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y 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 mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que 	denido patrimonial de mi desempeño como inificativa. Per intermedio de la con el fin de que estas el durante el periodo de la con cotros atenuantes a
públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	1.El valor del capital será il
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la informacion veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a e y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la oblique cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi p	exigir su rectificación gación de indicarme,
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información de riesgo divulgar la información de riesgo divulgar la información de riesgo de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivalmentaticos, conclusiones de ellas.	ión mencionada para autoridades públicas r, mediante modelos
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón sus alcances y sus implicaciones. Nombres Aurà del Posairo Masco Pin con	por la cual entiendo
	Firma responsa ble:
C.C.: 128098166	Nombre del responsable:
Firma: Jana of from V force f)	