## H

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 9 THR

Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/

de Página 1

Versión: 01

2

PAGARE No.

1309 B

Yo/nosotros: X Edwin Andres Farz Gontalez yo	Fifica
somos deudores incondicionaies de CON	CLC
KEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de	de
capital:	5
intereses de plazo;	Pol
de	Po
otros gastos:	Non
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	en, c
al tenedor de este pagare, el día de de de de de de de de de año <b>SEGUNDO</b> ; que a	ue a
esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de toridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán ostos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de la de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anteriorida a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesa consonante. CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS ENIEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con ento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, ir	zada zada o los sará será v/o
COMERCIO	

hoy identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNALIEL 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.

Que 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 INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: suscribe Se due LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO instrucciones, de carta O de conformidad CARTA DE INSTRUCCIONES PARA acreedor, ē llenado Bogotá, D. C., yo, será Firma(s):

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 CIINICA EMMNAUEL Y/O AI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente of Canala Adrana Contas servicios prestados por los médicos hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, 1.El valor del capital será la suma total que por quien ingreso con fecha

Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.

Así mismo me (nos) obligo (obligantos) 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.

Nombre del paciente: 18 0 6 de sin Firma responsable:

Nombre del responsable: Firma paciente 0.0

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Firma:
80228930
Nombres adain Andres Para Granies.
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
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.
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.
ales de riesgo, con las debidas actualizaciones y n indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
puedan trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales.
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
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):
Dirección:
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Teléfono(s): 314 395 4935
Dirección: CII 151A - 533-15.
Empresa empleadora: TCH SCIUTES SAS
Parentesco o calidad en la gue actúa, si no es el paciente:
Estado Civil: U. INOTO.
Cedula de ciudadanía: 80 228 930
Nombres: Choir Andres Pagare y carta de instrucciones: