Cumca	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ALIZADOS
i i	Documento Controlado	Original:21/12/2016	Versión: 01
Animal Market. Inde Comment	FR- GFCT -01	Actualización:/	Página 1 de 2

PAGARE No. 1243
Yo/nosotros: Corruln it@ Sa Lo Pors 17 Cos 79
dentificado(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
oor la cantidad de:
-apital:
ntereses de plazo:
ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:
otros gastos:
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 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 por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial 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 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 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 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 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 disnuesto en el artículo 622, inciso 3 del cádico de comercia

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

suscribe hoy

carta de instrucciones, que se

de la

y/o conformidad

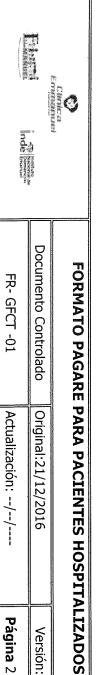
qe

acreedor,

ō

llenado por

Bogotá,D.C.,yo,
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., A.S. CONFORMS S.C.A.S., A.S. CONFORMS S.A.S., A.S. CONFORMS S.A.S. CONFORMS S.
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 qastos que se hava incurrido nor concento de la permanencia en el CONCOPCTO, cui tanto.
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 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
1. Intereses de plazo:
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:Nombre del paciente:
C.C.:
Firma responsable Com Men 12 calleges
Nombre del responsable: "Lar men il esalopus 12 cess for
c.c. 354431224 de ger cheter aundinandi Ca



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 UTMON ROSalo Des 19089 C.C.: 35 493 122 BBGBB
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.
 E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en estas públicas o documentos públicos. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo 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.
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 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
del crédito solicitado, para:
lelefono(s): 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
Dirección: Teléfono(s): Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección:
Nombres: The querites weight a suscipil pagare y cand be instructiones. Nombres: The provided and the provided by the provided and the provid
Datoe neneralee de nijen(ee) se ciecritir nanare v carta de inetrilocionee.

Firma:

COUNT

202

LEDRSHEES