Cameron Camero Emmanuel

E kannie

nde Properties

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		1643 B		
Yo/nosotros: Jamoth Esmaralda Morales Klunoz y/o				entifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO : qu	ie somos	deudores		
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA				
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante				
de:	ompicine	ice el del ced	or, por la c	ar rerede
Por capital:				
Por intereses de plazo:				Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:				Por
otros gastos:				
otros gastos:obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la	Carrera 2	2 no. 142-63	, o en su c	rden. o
al tenedor de este pagare, el día dedel ar	ňo	S	EGUNDO	gue a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos inte				
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial d				
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor				
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los interes				
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO				
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el val				
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al a				
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMN				
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILIT.				
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido				
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.				
Firma(s):				_ Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de i	nstruccion	es, que s	e suscrib	e hoy
			1.	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPA	CTOS EN	RIANCO		
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ELENAR PAGARE CON ESPA	ICIO3 EN	BLANCO		
Bogotá,D.C.,yo,	1.0	District Control		y/o
Nosotros,	, AK			
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLI	NICA EM	MNAUEL y/	o al INST	ITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE I				
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No			qu	e en la
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INST				
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITA	ACION IN	NFANTIL S.	A.S confor	ne con
las siguientes instrucciones:				
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y	hospital d	ía, servicios	prestados	por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (b	ienes mue	ebles e inmu	ebles), cop	agos y
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perma				
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S	., y/o E	MMANUEL	INSTITU	O DE
REHABILITACION Y / HABILITACION	INFAN'	TILS.A.S;		del
paciente Vicolas — Jaime Horales.	quien	ingreso	con	fecha
				
: Intereses de plazo:				
. 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 j				
	udicial en	caso de que	haya lugar	a ello.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de	udicial en I paciente	caso de que ya nombrad	haya lugar o la cuenta	a ello.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de	l paciente	caso de que ya nombrad	haya lugar o la cuenta	a ello. a no es
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	l paciente	ya nombrad	o la cuenta	no es
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	l paciente	caso de que ya nombrad del	o la cuenta	a ello. a no es ciente:
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Noi	l paciente	ya nombrad	o la cuenta	no es
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente:	l paciente	ya nombrad	o la cuenta	no es
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente:	l paciente	ya nombrad	o la cuenta	no es
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: C.C.: de Firma responsable: Nombre del responsable: Tannath. Parnaco do Horoles	l paciente	ya nombrad	o la cuenta	no es
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente:	l paciente	ya nombrad	o la cuenta	no es

∑ əb ≤ eni pè q	Actualización:\	FR - 18HT - 84	Bunam 9Dn Jaunam
Versión: 01	710S\80\82 :lsnighO		Europanel Choica Constant
SOUAZ	<u> </u>		

	públicas competentes el cumplimiento de mas deberes
centrales de información de nesso arrenga a parte de las autoridade constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar constitucionales.	para fines diferentes, primero, a evalual nos niesentes
ncederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridade	La autorización anterior no permite a (la entodad) y a las-
centrales de información de riesgo divulgar la información mencionad: ncederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridade	선생님들이 나는 그 아이들이 얼마나 나는 그들은 사람들이 되었다.
	3.5°
cuadas, rampoco incerara a ras concaras es esis meses anteriores de m oria de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de m	rectinication y a date so manage, quien consulto mi histo
no lo sea, a que se acto constante de información de la obligación medes. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de m	Veras, completa, exacta y consistent las correcciones efect
o a corroborar en cualquier termpo que mi desacuerdo, a exigir su no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ruadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación	La autonización anternor no mor imposito y en caso de que
o a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su	derech im derech bilbenmi em og sotrotge gåssered.
	públicos, bases de datos públicas o documentos p
(A) SOSIGN	mis relaciones comerciales, infaincietas y sen gene
yo datos relativos a nis sonateros ser registros por que consten en registros socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros	E. Suministrar a las centrales de información de nese
e estructuras en la solicitudes de crédito como otros atenuantes a	necesario señalado en sus regiamentantes
o suministralia a dichas cendales. Atrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante ei periodo Afra indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.	D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las cer
oboine de riesan con las debidas actualizaciones y durante ei periodo	SOPEK-FINANCIERA O 183 OCHIGO CARGOSTIA y IUEG
Palestran sedific contains	SUPERFINANCIERA o las demas enudades pur
es de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la esta de riesgo de manera directa y control, con el fin de que	C, Enviar la información mencionada a las central
ersos datos útiles para obtener una información significativa.	deudor después de haber cruzado y procesado dive
como percinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como raz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como presos datos útiles para obtener una información significativa.	tal forma que éstas presenten una informacion ver
sacos, d'acados o sin datai, dince contenido patrimonial de cinera compeño como pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como rez.	sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligad
ei riesgo futaro de concedente en cumplimento oportuno como Jacos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como Figura crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de	B. Reportar a las centrales de información de riesgo o
el riesgo futuro de concedenne un credici.	Consultar, en cualquier uembo, en las centrales es como deudor, mi capacidad de pago o para valorar
de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño el riesgo futuro de concederme un crédito.	A Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales o
ongomeseb im 1920002 eren offactioler alies	solicitado, pera:
	INSTITUTO DE REHABILITACION I MADALLINOS
MACIONAL SE DE L'ESTATION DE CITÉ DE CONTROL DE CRÉCITO EL SCREEdor del Crécito	CONSORCIO CLINICA EMMINADEL Y/O SI MOSTACION I
S Verdoca y doy im consenences en el futuro el acreedor del crédito	CONSORCIO CLINICA EMMINADEL Y/O SI MOSTACION I
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito	Declaro que la información que he (mos) suministrado e CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., γ/ο EMMANUEL [INFANTIL S.A.S ο a quien sea en el futuro el acreedor del crédito	Declaro que la información que he (mos) suministrado e CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. , γ/ο EMMANUEL (INTENTIL S.A.S ο a quien sea en el futuro el acreedor del crédito	Telefono(s): 311 2869618 CONSORCIO CLINICA EMMADUEL y/o al INSTITUTO Deciaro que la información que he (mos) suministrado e CONSORCIO CLINICA EMMADUEL y/o al INSTITUTO INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., γ/ο EMMANUEL (INTENTIL S.A.S ο a quien sea en el futuro el acreedor del crédito	Declaro que la información que he (mos) suministrado e Declaro que la información que he (mos) suministrado e Declaro que la información que he (mos) suministrado e
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Trabajador independiente (profesión u oficio): (Davo o Dirección: 311 2869618 Declaro que la información que he (mos) suministrado e CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO INSTITUTO
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Teléfono(s): 5 28 64 90 Trabajador independiente (profesión u oficio): Octobro SIT 2869618 Declaro que la información que he (mos) suministrado e consorcio que la información que he (mos) suministrado e la información que he (mos) suministrado e consorcio de la información que he (mos) suministrado e consorcio de la información que he (mos) suministrado e consorcio de la información que he (mos) suministrado e consorcio de la información que la información de la informa
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Teléfono(s): 588 67 90. Trabajador independiente (profesión u oficio): Ozorgo Dirección: A consor o de la información que he (mos) suministrado e consorcio clinica emmanale. Vo al instituto e mainistrado e consorcio clinica emmanale.
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Dirección: (ala 128 (1816 De 96-29) Telefono(s): 586 64 90 Telefono(s): 311 286 96 18 Decisto que la información que he (mos) suministrado e consorcio clinicamento que he (mos) suministrado e la información que he (mos) suministrado e la información que he (mos) suministrado e consorcio clinica en la información que he (mos) suministrado e la información que he (mos) suministrado e la información que he (mos) suministrado e consorcio de la información que he (mos) suministrado e la información de la información que he (mos) suministrado e la información de la inform
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Empresa empleadora: Cropo SHSA, SAS. Teléfono(s): 586 64 90. Teléfono(s): 312869618 Telefono(s): 312869618 Telefono(s): 312869618 Telefono(s): 312869618 Telefono(s): 312869618 Telefono(s): 312869618
s verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Farentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Dirección:
Sasa SAS Installator Cocinas surviviniento de expreso e irrevocable a al saverídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Estado Civil: Onión Libra Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Orgo Stato Grando de la fue actúa, si no es el paciente: Orgo Stato Grando de la información que he (mos) suministrado e Consorcio CLINICA EMMANDEL Y/o al INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I INSTITUTO
Sasa SAS Installator Cocinas surviviniento de expreso e irrevocable a al saverídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Estado Civil: Onión Libra Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Orgo Stato Grando de la fue actúa, si no es el paciente: Orgo Stato Grando de la información que he (mos) suministrado e Consorcio CLINICA EMMANDEL Y/o al INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION I INSTITUTO
Sasa SAS Installator Cocinas surviviniento de expreso e irrevocable a al saverídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Cedula de ciudadania: 52912 OAG Estado Civil: Onión Libra Estado Civil: Orión Consoneros empleadora: Consoneros empleadoras empleado
Leaver the permeter of express e irrevocable a all a veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su verigina de expreso e expre	Nombres: Annuth Seneral de Morales Cedula de ciudadania: 52912 046 Estado Civil: Onion Cedula de la que actúa, si no es el paciente: Dirección: Olivección: Olive
Leaver the permeter of express e irrevocable a all a veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a all su verigina de expreso e expre	Cedula de ciudadania: 52912 OAG Estado Civil: Onión Libra Estado Civil: Orión Consoneros empleadora: Consoneros empleadoras empleado
de instrucciones: A verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta l'ombres: Cedula de ciudadania: 52912 046 Estado Civil: Onion (a): 58 67 90 Teléfono(s): 58 67 90 Teléfono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618
de instrucciones: A verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta l'ombres: Cedula de ciudadania: 52912 046 Estado Civil: Onion (a): 58 67 90 Teléfono(s): 58 67 90 Teléfono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618
de instrucciones:	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta l'ombres: Cedula de ciudadania: 52912 046 Estado Civil: Onion (a): 58 67 90 Teléfono(s): 58 67 90 Teléfono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618
de instrucciones: A verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta l'ombres: Cedula de ciudadania: 52912 046 Estado Civil: Onion (a): 58 67 90 Teléfono(s): 58 67 90 Teléfono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618 Telefono(s): 31 2869618

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

Firma: :.ጋ.ጋ Nombres

sancioscioni sus y saciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.