Consocra Climica	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	LIZADOS
Insurance of the second of the	FR - THRI - 04 Original: 29/06/2017	Versión: 01
	Actualización://	Página 1 de 2
	PAGARE No.	14
Yo/nosotros: AN JAYY SAWT HAM JO(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO N. REHABILITACION IN	y/o_sa(s), declaramos: PRIMERO: que sa ACIONAL DE DEMENCIAS EMAN	nales de CONSORCIO VUEL INSTITUTO DE por la cantidad de:
apital:		Por
ntereses de mora: a la máxima aut	ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	Por
obligamos a pagar dicha suma de din	Nos Diligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en sus oficinas de Rogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en cultural de dinero al acreedor en cultural de dinero	Nos
al tenedor de este pagare, el día	dedel añodel año	_ <b>SEGUNDO:</b> que a
partir de esta fecha, sobre las obl	partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada Por las autoridades monetarias <b>TERCERO:</b> que en caso de cobro judicial o extra judicial de esta pagaro corán do mostro caso de cobro judicial o extra judicial de esta pagaro corán do mostro caso de cobro judicial o extra judicial de esta pagaro corán de máxima autorizada	de máxima autorizada
jastos y costos que por dicha cobranz	jastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. <b>CUARTO:</b> a partir	e él. <b>CUARTO:</b> a partir
ntereses a la máxima tasa fijada para	ntereses a la máxima tasa fijada para la mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa	to o de pago a la etapa
mpuestos que causen este pagaré, qu	mpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será mpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	n de nuestro cargo los sario. Este pagaré será
enado por CONSORCIO CLINICA MMANUEL INSTITUTO DE REHA	lenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	MANUEL S.A.S., y/o n las instrucciones que
en documento a parte hemos imparti comercio.	en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	inciso 2 del código de
	y/o	Este
)agaré será llenado por el a	llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones que se suscribe hov	se cuccrihe hov

## 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 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 Nombre del responsable: C.C.: 3224886 Firma responsable: Firma paciente: cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 2. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 3. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 3. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 4. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 5. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 5. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 5. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 5. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 6. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 6. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. 6. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de la caso de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de la ca quien ingreso con fecha Intereses de plazo: de Nombre del paciente: S

ge

Bogotá, D.C., yo, 1/03-2018

Nosotros, Como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

instrucciones:

LIZADOS	Versión: 01	Página 2 de 2
FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Original: 29/06/2017	Actualización:/
FORMATO PAGARE	FR - THRI - 04	
General Christa	instruo Mazional de Mazional de Mazional de	
		A THE COLUMN TOWN

## 

		Mattudo Mazional de Demencias	ED - THB1 - 04	Oligilial: 27/00/2017	
		**************************************		Actualización://	Página 2 de 2
Ž.	AUTORIZACIÓN	H	TA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES	UIEN SUSCRIBA
Datos gen Nombres:	generales de quien Mバスカの	quien(es) va(n) a suscribi	Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: んパスタング ろれいわかいろ	ciones:	
Ceduk	[] i	73	36 Usaile		
Estado	Estado Civil: [[ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [				
Paren	Parentesco o calidad Fmnresa empleadora	en la que actúa, si no es	si no es el paciente:		Secretary and the secretary an
Dirección:	zión:				
Teléfo	Teléfono(s):				
Traba	ijador independ	Trabajador independiente (profesión u oficio):	u oficio):		
Dirección:	ción:				
Telefc	Telefono(s):				
Declai CLIN REHA	ro que la inform I <b>ICA EMMNAU</b> ABILITACION	nación que he (mo JEL y/o al INST. Y HABILITACIÓ	os) suministrado es verídica y doy n ITUTO NACIONAL DE DEMENC ON INFANTIL S.A.S o a quien se	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:	ole a al CONSORCIO UEL INSTITUTO DE Olicitado, para:
	Consultar, deudor, mi		en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante p capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.	en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como i I capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.	r mi desempeño como
	b. Reportal a sobre el inc	cumplimiento, se	hubiere, de mis obligaciones cred	sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de constituído patrimonial de	renido patrimonial de
	deudor des	que estas present spués de haber cr información men	ten una miormación veraz, perune ruzado y procesado diversos datos ncionada a las centrales de ries	tal forma que estas presenten una imorniación veraz, perumente, completa actualizada y exacta de su desempeno como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la	ignificativa. por intermedio de la
		NANCIERA o las starla, e	<b>SUPERFINANCIERA</b> o las demás entidades públicas que ejercen funciones de pouedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	<b>SUPERFINANCIERA</b> o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, coe el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.	co. el fin de que estas
	D. Conservar,	, tanto en (la ent	tidad) como en las centrales de r enlamentos la información indicad	Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo pecesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. v. E. de esta cláusula.	y durante el periodo la
	E. Suministra mis relacio públicos, b	r a las centrales on sus responsables on sus comerciales, sases de datos pú	Suministrar a las centrales de información de riesgo datos re mis relaciones comerciales, financieras γ en general socioeα públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	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.	no otros atenuantes a e consten en registros
La au veras y a qu cuano	utorización ante s, completa, exe ue se informa s do yo lo pida, q	erior no me imperacta y ecualizada, sobre las correccic quien consulto mi	dirá ejercer mi derecho a corrobc y en caso de que no lo sea, a que ones efectuadas. Tampoco liberará historia de desempeño crediticio c	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.	iación suministrada es a exigir su rectificación bligación de indicarme, i petición.
La au fines comp matel	utorización ante diferentes, prir petentes el cum máticos, conclu	La autorización anterior no permite a fines diferentes, primero, a evaluar lo competentes el cumplimiento de mis matemáticos, conclusiones de ellas.	(la entidad) y a las centrales de in os riesgos de concederme un crédi deberes constitucionales legales y	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.	ıción mencionada para s autoridades públicas ⁄ar, mediante modelos
Declaro h sus alcan	Declaro haber leído cuidadosame sus alcances y sus implicaciones.	cuidadosamente mplicaciones.	el contenido de esta cláusula y l	Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	n por la cual entiendo
	<u></u>		Mary L		
Firma:	a: -	Moted			