Carace Charace	FORMATO PAGARE	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	IZADOS
Institute Nacional de Nacional de Institute	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
		Actualización://	Página 1 de 2
		PAGARE No.	B
Yo/nosotros: A CONOY — Lidentifica do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRÍMERO: que somos deudores incondicionales de 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 en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	tras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que (TUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/	PRIMERO: que somos deudores incondicionale EMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL en adelante simplemente el acreedor, por	identifica lales de CONSORCIO lUEL INSTITUTO DE por la cantidad de:
			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	rizada por las autoridades moneta	rias:	Por Por
otros gastos:	-		Nos
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, o al tenedor de este pagare, el díadededel añodel añosegundo: que a	ero al acreedor en sus oficinas de Bi	ogotà D.C., en la Carrera 22 no. 142 del año	SEGUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de	gaciones insultas y los gastos pagar	emos intereses moratorios a la tasa o	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	ERO: que en caso de cobro judicial a se ocasionen, así como el valor del	o extra judicial de este pagare serár impuesto de timbre, si hay lugar de	n de nuestro cargo los él. CUARTO: a partir
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	la mora. QUINTO: los honorarios de	es, debidos con un ano de anteriorid e abogado, en caso de arreglo directo	o o de pago a la etapa
impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	edado al acreedor facultando para p	agarlos por mi cuenta si fuere neces	ario. 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	EMMNAUEL y/o al INSTITUTO SILITACION Y HABILITACION II	NACIONAL DE DEMENCIAS EM NFANTIL S.A.S de conformidad con	NANUEL S.A.S., y/o las instrucciones que
en documento a parte nemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	io para tal efecto, de conformidad o	con lo dispuesto en el articulo 622, i	inciso 2 del código de
	//o		Este
pagaré será llenado por el ac	acreedor, de conformidad de la	la carta de instrucciones, que	se suscribe hov

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

1. Intereses de plazo: 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. 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. 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 nor el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.		1 1
--	--	-----

Firma paciente: _ C.C.:

Firma responsable: (Combre del responsable: C.C.: 19,432.468

Alejandro Bos

Baguero

_ de

_Nombre del paciente:____

9 1 THRL 1 R

Página FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Actualización: --/--/ Original: 29/06/2017

2 de

2

0

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

Datos generales de quien(es) ya(n) a syscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Alegandre Kamil WZ Baguero
Cedula de ciudadanía: 19 4 32, 46 K
Estado Civil: SI YEYO
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio): ASPON de CIMPRESAS
Dirección: () 4 11 + 117 - 13
Telefono(s): 312-524 3088 His. 253-49,86

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:

- Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Ä
- tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como 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 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 interme В.
 - <u>a</u> SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas por intermedio puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Ċ.
 - 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. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, Ö.
- 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. ш

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. 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.

e el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo		So giero
esta cláusula		are of say mo
Declaro haber leído cuidadosamente el	sus alcances y sus implicaciones.	A leignore A

95 1 2 Firma: C.C.: