Property States	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES	PARA PACIENTES
MARKSEL TO PERSONAL PROPERTY AND ACTION OF PR	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017
		Actualización://-

0

Versión:

HOSPITALIZADOS

	Engangel			
			Actualización:/	Página 1 de 2
			PAGARE No. (1499 B	
Yo/nosotros:	Jesus Segovia	Sac Viá	o/k	identifica
do(s) como aparece. CLINICA EMMNAU REHABILITACION	al pie de mi (nues IEL y/o al INSTI Y HABILITAC	trās) firma(s), declaramos: PRIME ITUTO NACIONAL DE DEMENCI ION INFANTIL S.A.S en ade	do(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 EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	lles de CONSORCIO JEL INSTITUTO DE Or la cantidad de:
capital:				Por
intereses de plazo:	:(Por
intereses de mora:	a la máxima autc	ntereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	arias:	Por
otros gastos:				Nos
obligamos a pagar d	icha suma de dine	ero al acreedor en sus oficinas de E	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	63, o en su orden, o
al tenedor de este p	agare, el día	- de	del año	SEGUNDO: que a
partir de esta fech por las autoridades r	na, sobre las obli nonetarias. TERC	gaciones insultas y los gastos paga ERO: que en caso de cobro judicia	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	e máxima autorizada de nuestro cargo los
gastos y costos que de la fecha de la resi	por dicha cobranz pectiva demanda	a se ocasionen, así como el valor de judicial, sobre los intereses pendien	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	él. CUARTO: a partir ad o más, pagaremos
intereses a la máxim preiudicial, se establ	a tasa fijada para Jecen en un 20%	la mora. QUINTO: los honorarios o sobre el valor de la obligación má	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 miestro cargo los	o de pago a la etapa
impuestos que cause	en este pagaré, qu	ledado al acreedor facultando para	impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será	irio. Este pagaré será
llenado por CONSO EMMANUEL INSTI	RCIO CLINICA TUTO DE REHAI	EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION I	ORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o ITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que	ANUEL S.A.S., y/o las instrucciones que
en documento a par	te hemos impartic	do para tal efecto, de conformidad	en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de	ciso 2 del código de
comercio.				

Este hoy identificado(s) 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. suscribe Se CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO instrucciones, de conformidad llenado Bogotá, D.C., yo, será 3Firma(s): pagaré

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 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: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos govies quien ingreso con fecha

2. 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 judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no

Intereses de plazo:

cancelada en su totanidad, o por el saldo en caso de que se naya necno abono a tal cuenta.	
Firma paciente:	
C.C.;	
Firma responsable:	
Nombre del responsable:	
C.C.: 92362 379 de Tjugué	

es E

Página 2 de	Actualización://			
Versión: 01	Original: 29/06/2017	FR – THRL – 04	Manager and Commercial	
IZADOS	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	FORMATO PAGARI	Fernandarion Constanto Con	

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

C.C.:	0
Nombres	_
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	S
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.	$\exists c \exists c$
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.	0 < < _
necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta clausula. 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.	
puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo	
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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas	
deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un credito. 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 éctas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éctas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éctas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éctas presenten una información veraz pertinente completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que esta de contenido para veraz per esta de contenido per en como tallo de contenido per en como como como como como como como com	
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:	$\mathbf{z} \cap \mathbf{c}$
Telefono(s):	<u>_</u>
Dirección:	D
Trabajador independiente (profesión u oficio):	_
Teléfono(s):	\exists
Dirección:	D
Empresa empleadora:	ш
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Ö
Estado Civil:	Щ
Cedula de ciudadanía:	Ω
Nombres:	z
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	Ō

Firma: