Chnica Chnica Entraine Efertine Entraine Inde lease

Página 1 de 2 Versión: 01 Original:21/12/2016 Actualización: Documento Controlado FR- GFCT -01

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

PAGARE No.

048

1/0 Raula Meurdia Ramero	ras) firma(s), declaramos: P	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 en adelante simplemente el acreedor,
Yo/nosotros: Lovena Villamedi	identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras)	CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al	EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION

Por Por Nos Por Por 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 mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de 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, SEGUNDO: 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 del año conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: o al tenedor de este pagare, el día de: cantidad intereses de plazo: ø capital:

dne instrucciones, в la carta conformidad de qe acreedor, ā ьŏ será llenado pagaré Firma(s)

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO

yo'nosotros, Original Company of Maria Merinal Comprosidentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CLINICA ÉMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y No. The second of the second o distinguido del planco е HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: los espacios llenar para D.C., Tros, DICINECI 1 rie INFANTIL HABILITACION Bogotá

- CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente MONCI MENNONCI MONCIO quien ingreso con fecha 21—CNEXO (2017) El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles),
- 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 judicial en caso de que haya lugar a será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta 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.:	de
Firma responsable: (CICAC)	Nombre del responsable: (ONENCA UN) CUNEAU.
c.c.: 1000616346	de Post-ka



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Documento Controlado FR- GFCT -01 Actualización: --/--/--Original:21/12/2016 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

La autorización anterior no me impedira ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada
 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas 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 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.
 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 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 γ, también, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas 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 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.
Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a la 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 o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo futuro de concederme un crédito. 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 os sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi 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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas 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 necesario señalado en sus reglamentos la 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.
Trabajador independiente (profesión u oficio): ANCI DE COSCI. Dirección: Telefono(s): Telefono(s)
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HOYMCINCI Empresa empleadora: NIMCIUM: Dirección: AAN DIC #36-73 2084520 Teléfono(s): SILARESCO - SIA 2084520 Trabajador independiente (profesión u oficio): MANCI DE CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SA.S., y/o EMMANUEL CONSORCIO Y/o al INSTITUTO NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SA.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. o a quien sea en el futuro el acrecido como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados os sin tratar, tanto sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis debrese legales de contendo patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mis desempeño como obre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis debrese legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mis 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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan trataria, analitzaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales y control, con el fin de que estas puedan trataria, analitzaria, clasificaria y luego suministraria a dichas centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario sefalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta desusla. E. Suministrar la se centrales de atos públicas o documentos públicos.
Estado CWI: WINDA (LIBRE Estado CWI: WINDA (LIBRE Barentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: HOMOLOCI Empresa empleadora: MINGLOCI Dirección: WINGLOCI Dirección: WINGLOCI Tabajador independiente (profesión u oficio): PANOL DE COSCI. Trabajador independiente (profesión u oficio): PANOL DE COSCI. Deciaro que la información que he (mos) suministrado es verificas y lo ministrado e a la concentración de riesgo toda la información reference un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo toda la información reference un crédito. B. Reportar a las centrales de información de riesgo todas, tertados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presentes una información verza, pertinente, competea actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos tratar, y también, por intermedio de la Superia Hamala, clasificarla y luego suministrada a circa de bidas actualizaciones y durante el periodo necesario sefalado en sus su reglamentes ta información indicada en los iter

Firma:

5000

()(laneal

sus alcances y sus implicaciones.

llameat

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

de mi petición.

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

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,