Choire Entities (1997)

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Documento Controlado

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

PAGARE No.

	∞
ı	03
	_
ı	
•	
i	

Value of the Contraction of the	
oie de mi	(nuestras) firma(s), declaramos; PRIMERO : que somos deudores incondicionales de
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de:	NINFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, Por
capital:	O O
	arias:
otros gastos:	Nos
o al tenedor de este pagare, el día	del año Seguna D.C., en la Carrela ZZ 110. 142-03, o en su orden, del año SEGUNDO:
que a partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima	istos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar	ue como juulcial o exua juulcial de este pagare seran de en, 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, padaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los bondarios de abordado, on como	al, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de
de arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios.	in 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 mi cuenta si fuera pacasario. Este pagaré sorá llegado por CITATOA EMMANIEL CONCORDES.	oagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	NICA EMMADEL CONSORCIO Y/O AL INSTITUTO 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	ocumento a parte hemos impartido para tal efecto, de
llenado por el acreedor, de conformidad de la carta	a
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	AGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
(
bogota D.C., amplification of the control of the co	NA CONTRACTOR OF THE PARTY OF T
s) como aparece al pie de nuestras firmas autorizamos a	
STITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN BILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en	REHABILITACION distinguido con
Z	favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y
HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:	ucciones:
1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los	isulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos	los a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos
y cuotas moderadores y demas gastos que se naya incurrido por concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL 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	concepto de la permanencia en CLINICA EMMNAUEL S EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE riente
ingreso con fecha	•
2. Intereses de plazo:	
3. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	monetarias.
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a	oranzas 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 por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	nomento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta a hecho abono a tal cuenta.

E ST

Nombre del responsable:

ا ھ

Godoba

Firma responsable:

Firma paciente:

Nombre del paciente:

de



inde moss Documento Controlado FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR- GFCT -01 Original:21/12/2016 Actualización: --/--/ 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

Z D

de mi peticion.	La auto es vera rectifica obligaci	úu č		в А	Telefono Declaro CLINIC EMMAI del créc	Teléfono Trabaja Direcció	Empresa e Dirección:	Cedula de ci Estado Civíl: Parentesco o	Datos go Nombre
eticion.	rización anterior no me impedirá ejercer ms, completa, exacta y ecualizada, y en cas ción y a que se informa sobre las correción de indicarme, cuando yo lo pida, quien castala.	conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de inecesario señalado en sus reglamentos la información indicada en Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioecon registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos	significativa. Enviar la información mencionada a las SUPERFINANCIERA o las demás entid estas puedan tratarla, analizarla, clasifica	Consultar, en cualquier tiempo, en las ce como deudor, mi capacidad de pago o pa Reportar a las centrales de información como sobre el incumplimiento, se hubie patrimonial de tal forma que éstas prese desempeño como deudor después de ha	Telefono(s): 14346 6393 Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi cons CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S del crédito solicitado, para:	oficio):	Empresa empleadora: Dirección:	= 1 1 W	Datos gener <u>al</u> es de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: ナムトナー くついつのの
	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	necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula. 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.	significativa. 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. Conserva tento a la patidad como calla controlos de ricara con las debidas actualizaciones y durante el pariodo conserva tento a la patidad como calla controlos de ricara con las debidas actualizaciones y durante el pariodo conserva tento a la patidad como calla controlos de ricara con las debidas actualizaciones y durante el pariodo conserva tento a la patidad como calla controlos de ricara con las debidas actualizaciones y durante el pariodo conserva tento a la controlos de la pariodo conserva tento a la controlos de la controlos de ricara con la controlos de la col	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. 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	Telefono(s): 14346639	thogodo		iente:	are y carta de instrucciones:
	que la información suministrada la de mi desacuerdo, a exigir su centrales de información de la durante los seis meses anteriores	. de esta cláusula. le crédito como otros atenuantes ya entregado o que consten en	también, por intermedio de la ancia y control, con el fin de que	nte para conocer mi desempeño n crédito. sobre el cumplimento oportuno is deberes legales de contenido pleta actualizada y exacta de mi s para obtener una información	sentimiento de expreso e irrevocable a la DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o S.A.S o a quíen sea en el futuro el acreedor				

 \pm

Nombres

of the

Condoba

Cospedes

sus alcances y sus implicaciones.

mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

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,

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

C.C.:

5

448

Firma:

2016

Condobo

D.

⇉

 \exists

 \Box

Щ

P

Ω̈

Č