Construction Control of Control o

FORMATO PAGARE P	PARA PACIENTES	HOSPITALIZADOS
-------------------------	-----------------------	----------------

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 1 de 2

	(-2000)	. D.t.		1- 1-	D IL		PAGARE	No.	1674 B		
Yo/nosotros:	Genny	(pan	may C	bando	recelle	y/o				ide	ntifica
do(s) como a	parece al	pie de	mi (nuestr	as) firma(s),	declaramos:	PRIME	RO: que	somos d	eudores ir	ncondicional	les de
CONSORCIO											
INSTITUTO D	E REHAB	ILITACI	ON Y HAB	ILITACION I	NFANTIL S.	A.S en a	delante sim	nplemente	el acreedo	or, por la ca	ntidad
de:											
Por capital:											
Por intereses of	de plazo: _										Por
intereses de m	iora: a la i	máxima a	autorizada p	or las autorid	lades moneta	irias:					
otros g	gastos:										Nos
obligamos a pa	igar dicha s	suma de	dinero al ac	reedor en sus	oficinas de B	Rogotá D.(C., en la Ca	arrera 22 i	10. 142-63	, o en su or	den, o
al tenedor de e	este pagar	e, el día		de _			del año_		SE	GUNDO:	que a
partir de es autorizada por nuestro cargo del. CUARTO: anterioridad o arreglo directo SEXTO: que se cuenta si fuere DE DEMENCI S.A.S de confe dispuesto en el Firma(s):pagaré será	las autorios gastos a partir de más, pagar o de pago erán de nu e necesario (AS EMAN ormidad co artículo 62	dades moy costos de la fecharemos into a la eta estro cara. Este pa lUEL S.A on las insidad.	onetarias. T que por dici a de la res cereses a la apa prejudi go los impu garé será li a.s., y/o E trucciones c 2 del código	ERCERO: que ha cobranza se pectiva dema máxima tasa cial, se estable estos que cau denado por COMMANUEL 1 que en documo de comercio	e en caso de e ocasionen, nda judicial, fijada para la ecen en un sen este pagonsorcio ento a parte . y/o	e cobro ji así como sobre los a mora. Q 20% sobi aré, qued CLINICA DE REH hemos ii	udicial o e. el valor de s intereses QUINTO: le re el valor dado al acre a EMMNAL ABILITAC mpartido p	xtra judici el impuest pendient os honoral de la obl eedor facu JEL y/o a ZION Y H ara tal efe	ial de este co de timbro es, debido rios de abo igación má al tando par la INSTITABILITAC ecto, de co	pagare ser re, si hay lug s con un a ogado, en ca sis sus acces ra pagarlos p UTO NACI CION INFA onformidad	rán de gar de año de aso de sorios. por mi ONAL ANTIL con lo
	040	TA DE T	VICTOLICCE	ONES PARA			N ECDACI	OC EN D	LANCO		
	CAR	IA DE II	AZIKUCCI	UNES PARA	LLENAK PAG	JAKE CU	IN ESPACI	IOS EN B	LANCO		
Bogotá,D.C.,yo					S.C.A. Free						_y/o
Nosotros,	,		Maga								
identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S./ fecha hemos s EMANUEL S./ las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscri cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente	E DEMEN A.S para III Suscrito a A.S., y/o II nstruccione capital sera tos a la in idores y di y/o al III	enar los favor de EMMANL es: á la suma stitución, emás gas NSTITUT	ANUEL S. espacios er CLINICA JEL INSTI a total que medicame stos que se	A.S., y/o EN h blanco del p l EMMNAUEI TUTO DE RE por hospital ntos, daños c haya incurri NAL DE DE	MMANUEL I pagare disting L CONSORO HABILITACI ización, consiocasionados a do por conce MENCIAS E ABILITACIO	NSTITUT guido con CIO y/o ION Y H. ulta prior a la institu epto de l EMANUEI	ro de Re el No al INSTITABILITAC itaria y ho ución (bier a permane L S.A.S.,	TUTO NA TION INF Spital día, nes mueblencia en e	ACION Y ANTIL S.A Servicios es e inmue el CONSO MANUEL	que que DE DEMEN A.S conform prestados pebles), copa DRCIO CLI	e en la NCIAS ne con por los agos y INICA
Tubanasa d											
 Intereses de la lateración de lateración de la lateración de lateración de la lateración de lateración d		mávim-	taca normit	ida por las au	toridados ma	netariac	and waster			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
 Intereses de Así mismo me El pagare será cancelada en se 	(nos) oblig Ilenado de	o (obliga e acuerdo	mos) a paga con estas	ar los gastos d instrucciones,	de las cobran si al momen	zas prejud to de la s	salida del p	licial en ca paciente y	so de que a nombrad	haya lugar o la cuenta	a ello. no es
Firma	paciente	: :			-		Nomb	ore	del	pac	ciente:
C.C.:				de							
Firma responsa	ıble: 🕼	hau	do r	and 5							
Nombre del res				arun	Clayno	o Pe	allo				
	083.79		7	de	Panh	,					

Consorces Embranuel Inde | Institute | Institute | Institute | Inde | Institute | Insti

FORMATO	PAGARE	PARA	PACIENTES	HOSPITAL.	IZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 2 de 2

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) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: <u>Genny Patriud Obando Peullo</u>
Cedula de ciudadanía: 37.083594 Robo
Estado Civil:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: Atyl X
Dirección: Calle 45 N 15-36
Teléfono(s): $2457190 - 3173453700$
Trabajador independiente (profesión u oficio): Administradora Dirección: Calle 45 N 15-36
Telefono(s): 2457190
Telefolio(3).
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: A Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño.
 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 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 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.
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.
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres Patricia Okondo Pecello C.C.: 37083.594 Panho Firma: 2008.1140 Panho