Entrainel Entrainel Inde

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 3

						1723 B	
	1 A	la cordo	Imeres.	PAGARI y/o	E No. ₹) Idonbilion
Yo/nosotros: →	priver []	mi (nuoctras)	firma(c) doctaran	y/o nos: PRIMERO: qu	o comos dos	idores incondic	_identifica
CONSORCIO C	LINICA EMMNA	UEL y/o al II	NSTITUTO NACIO	NAL DE DEMENCIA L S.A.S en adeiante s	S EMANUEL	S.A.S., y/o EN	4MANUEL
			TACION INFANTI		пиристенке с	i acreedor, por	ia cantidad
Por capital:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
Por intereses de	plazo:						Por
intereses de mo	ra: a la máxima a	utorizada por	las autoridades moi	netarias:			Por
otros ga	istos:						Nos
obligamos a pag	ar dicha suma de o	dinero al acree	dor en sus oficinas o	de Bogotá D.C., en la	Carrera 22 no	. 142-63, o en s	su orden, o
al tenedor de est	te pagare, el día		de	del año)	SEGUNE	00: que a
partir de esta	a fecha, sobre la	as obligacione	s insultas y los ga	stos pagaremos inter	eses morator	ios a la tasa c	le máxima
autorizada por la	as autoridades mo	netarias. TER	CERO: que en caso	o de cobro judicial o	extra judicial	de este pagare	e serán de
nuestro cargo lo	s gastos y costos o	que por dicha	cobranza se ocasion	en, así como el valor	del impuesto	de timbre, si ha	ay lugar de
él. CUARTO: a	partir de la fecha	a de la respec	tiva demanda judic	ial, sobre los interes	es pendientes	, debidos con	un año de
anterioridad o m	ás, pagaremos int	ereses a la má	xima tasa fijada par	ra la mora. QUINTO:	los honorario	s de abogado, e	en caso de
arreglo directo o) de pago a la eta	apa prejudicial	, se establecen en i	un 20% sobre el valo	or de la oblig	ación más sus a	accesorios.
				pagaré, quedado al a			
				IO CLINICA EMMN			
DE DEMENCIA	S EMANUEL S.A midad con lac inci	.S., Y/O EMP	an documento a n	TO DE REHABILITA arte hemos impartido	nara tal efec	to de conformi	qsq con lo
	midad con las msc irtículo 622, inciso			arte nemos impartido	para tai elec	to, de comonim	uau con lo
dispuesto en er a		walio di A				518	
Firma(s):			y/o				Este
pagaré será 1	lenado por el	acreedor, d	e conformidad de	e la carta de ir	strucciones,	que se suso	cribe hoy
			Transfer of the second		- 1 - 1 - 1 - 12 - 24 - 14 - 14 - 14 - 1		
	CARTA DE IN	ISTRUCCION	ES PARA LLENAR	PAGARE CON ESPA	CIOS EN BLA	INCO	
Danahé D.C. vo				Ba			y/o
Nosotros,		en e			April (min)		,9/0
		de nuestras f	irmas, autorizamos	a CONSORCIO CLIN	IICA EMMNA	UEL v/o al IN	STITUTO
NACIONAL DE	DEMENCIAS EN	IANUEL S.A.S	v/o EMMANUE	L INSTITUTO DE R	EHABILITA	CION Y HABIL	ITACION
INFANTIL S.A.	S para llenar los	espacios en bi	anco del pagare dis	tinguido con el No	g sajer		que en la
			MMNAUEL CONSC				
				ACION Y HABILITA			
EMANUEL S.A.S las siguientes ins	S., y/o EMMANU trucciones:	EL INSTITUT	O DE REHABILIT	ACION Y HABILITA	CION INFAI	NTIL S.A.S con	forme con
EMANUEL S.A.: las siguientes ins 1.El valor del ca	S., y/o EMMANU strucciones: pital será la suma	IEL INSTITUT a total que po	r hospitalización, c	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y h	CION INFAI	NTIL S.A.S con ervicios prestad	forme con
EMANUEL S.A.! las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito	S., y/o EMMANU strucciones: pital será la suma os a la institución,	EL INSTITUT total que po medicamento	r hospitalización, co s, daños ocasionado	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y h os a la institución (bl	CION INFAI nospital día, s enes muebles	NTIL S.A.S con ervicios prestad e inmuebles),	forme con los por los copagos y
EMANUEL S.A.s las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderado	S., y/o EMMANU strucciones: pital será la suma os a la institución, ores y demás gas	total que po medicamento stos que se ha	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y l os a la institución (blo oncepto de la perma	CION INFAI nospital día, s enes muebles nencia en el	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO	forme con los por los copagos y CLINICA
EMANUEL S.A.s las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderado EMMNAUEL y/	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma s a la institución, ores y demás gas o al INSTITUT	total que por medicamento stos que se ha O NACIONA	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y h os a la institución (ble oncepto de la perma os EMANUEL S.A.S.	CION INFAI nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI	os por los copagos y CLINICA TUTO DE
EMANUEL S.A.: las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma s a la institución, ores y demás gas o al INSTITUT	total que po medicamento stos que se ha	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y h os a la institución (ble oncepto de la perma os EMANUEL S.A.S.	CION INFAI lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI S.A.S;	os por los copagos y CLINICA TUTO DE del
EMANUEL S.A.s las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderado EMMNAUEL y/	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma s a la institución, ores y demás gas o al INSTITUT	total que por medicamento stos que se ha O NACIONA	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y h os a la institución (ble oncepto de la perma os EMANUEL S.A.S.	CION INFAI lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI	os por los copagos y CLINICA TUTO DE
EMANUEL S.A.: las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma ss a la institución, ores y demás gas o al INSTITUTO ON	total que por medicamento stos que se ha O NACIONA	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS	ACION Y HABILITA onsulta prioritaria y h os a la institución (ble oncepto de la perma os EMANUEL S.A.S.	CION INFAI lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI S.A.S;	os por los copagos y CLINICA TUTO DE del
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma ss a la institución, ores y demás gas o al INSTITUTO ON	a total que po medicamento stos que se ha O NACIONAL Y	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC	onsulta prioritaria y los a la institución (bloncepto de la permais EMANUEL S.A.S.	CION INFAI lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI S.A.S;	os por los copagos y CLINICA TUTO DE del
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma ss a la institución, ores y demás gas o al INSTITUT CON plazo: mora a la máxima	a total que po medicamento stos que se ha O NACIONAL Y	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC	onsulta prioritaria y los a la institución (bloncepto de la permais EMANUEL S.A.S.	cion infai ospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS quien in	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGALS; ngreso con	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma sor a la institución, sores y demás gas y o al INSTITUT CON plazo: mora a la máxima sos) obligo (obligar	a total que po medicamento stos que se ha O NACIONAL Y tasa permitida nos) a pagar le	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cob	onsulta prioritaria y los a la institución (blooncepto de la permais EMANUEL S.A.S.CION	cion infai ospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS quien in	ervicios prestada e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGAAS; ngreso con	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma sor a la institución, sores y demás gas y o al INSTITUT CON plazo: mora a la máxima sos) obligo (obligar enado de acuerdo	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONAL Y tasa permitida nos) a pagar le con estas inst	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cob rucciones, si al mon	onsulta prioritaria y los a la institución (bloconcepto de la permais EMANUEL S.A.S.CION monetarias. oranzas prejudicial y junento de la salida del	cion infai ospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestada e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGAAS; ngreso con	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: upital será la suma s a la institución, ores y demás gas /o al INSTITUT ON plazo: mora a la máxima nos) obligo (obligar enado de acuerdo totalidad, o por el	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONA Y tasa permitida mos) a pagar la con estas inst saldo en caso e	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cob rucciones, si al mon de que se haya hech	onsulta prioritaria y hos a la institución (bloncepto de la perma S EMANUEL S.A.S.CION monetarias. iranzas prejudicial y junento de la salida del lo abono a tal cuenta.	cion infai lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestada e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGANS; ngreso con o de que haya lu nombrado la cue	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: upital será la suma s a la institución, ores y demás gas /o al INSTITUT ON plazo: mora a la máxima nos) obligo (obligar enado de acuerdo totalidad, o por el	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONA Y tasa permitida mos) a pagar la con estas inst saldo en caso e	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cob rucciones, si al mon	onsulta prioritaria y hos a la institución (bloncepto de la perma S EMANUEL S.A.S.CION monetarias. iranzas prejudicial y junento de la salida del lo abono a tal cuenta.	cion infai ospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestada e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGAAS; ngreso con	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma sor a la institución, sores y demás gas y o al INSTITUT (ON plazo: mora a la máxima sos) obligo (obligar enado de acuerdo totalidad, o por el paciente:	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONA Y tasa permitida mos) a pagar la con estas inst saldo en caso e	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cob rucciones, si al mon de que se haya hech	onsulta prioritaria y hos a la institución (bloncepto de la perma S EMANUEL S.A.S.CION monetarias. iranzas prejudicial y junento de la salida del lo abono a tal cuenta.	cion infai lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestada e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGANS; ngreso con o de que haya lu nombrado la cue	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderade EMMNAUEL y/ REHABILITACI paciente 1. Intereses de 2. Intereses de 2. Intereses de 1. Intereses de 2. Intereses de 3. Intereses de 4. Intereses de 5. Intereses de 6. Cancelada en su 6. Firma 6. C.C.: 10 6 9	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma s a la institución, ores y demás gas o al INSTITUT ON plazo: mora a la máxima sos) obligo (obligar enado de acuerdo totalidad, o por el se paciente:	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONA Y tasa permitida mos) a pagar la con estas inst saldo en caso e	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cob rucciones, si al mon de que se haya hech	onsulta prioritaria y hos a la institución (bloncepto de la perma S EMANUEL S.A.S.CION monetarias. iranzas prejudicial y junento de la salida del lo abono a tal cuenta.	cion infai lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestada e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTIGANS; ngreso con o de que haya lu nombrado la cue	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderado EMMNAUEL y/REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma se a la institución, sores y demás gas y o al INSTITUT CON plazo: mora a la máxima sos) obligo (obligar enado de acuerdo totalidad, o por el paciente:	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONAL Y tasa permitida mos) a pagar le con estas inste saldo en caso o Carol XI	r hospitalización, cos, daños ocasionado aya incurrido por con DE DEMENCIAS HABILITAC por las autoridades os gastos de las cobrucciones, si al monde que se haya hech	onsulta prioritaria y los a la institución (bloncepto de la permais EMANUEL S.A.S. CION monetarias. pranzas prejudicial y junento de la salida del lo abono a tal cuenta.	cion infai ciospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMi INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI S.A.S; ngreso con o de que haya lu nombrado la cue del	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
las siguientes ins 1.El valor del ca médicos adscrito cuotas moderado EMMNAUEL y/REHABILITACI paciente	S., y/o EMMANU strucciones: spital será la suma s a la institución, ores y demás gas o al INSTITUTO ON plazo: mora a la máxima sos) obligo (obligar enado de acuerdo totalidad, o por el paciente:	a total que por medicamento stos que se ha O NACIONAL Y tasa permitida mos) a pagar le con estas inste saldo en caso o Carol XI	r hospitalización, co s, daños ocasionado aya incurrido por co L DE DEMENCIAS HABILITAC Por las autoridades os gastos de las cobrucciones, si al monde que se haya hech mene Ca de Tusaco	onsulta prioritaria y los a la institución (bloncepto de la permais EMANUEL S.A.S. CION monetarias. pranzas prejudicial y junento de la salida del lo abono a tal cuenta.	cion infai lospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien in dicial en caso paciente ya i	ervicios prestad e inmuebles), CONSORCIO ANUEL INSTI S.A.S; ngreso con o de que haya lu nombrado la cue del	los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha

Correcto Clinica Enunantial

Estatiei.

nde	nskiridə Hadishali de Novencias Maruel
-----	---

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Actualización://	Página 2 de 3
Original: 29/06/2017	Versión: 01

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: Jaivar Afrado Jimana
Cedula de ciudadanía: 1069716798
Estado Civil: Casado
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Primo
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Frabajador independiente (profesión u oficio): TOPOGNAFO Dirección: M2 G Casa M11 Ebanaran - Fusagosuga Felefono(s): 3114466306-8862922
Dirección: M2 G Casa 411 Ebanorar - Fosagosuza
Telefono(s): 311 446 6306 - 886 2922
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:
 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.
a 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 ectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación le indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi etición.
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada ara fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades úblicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, nediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
peclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo us alcances y sus implicaciones;
lombres Jaiver Afredo Jimener Fiveros i.c.: 1069716798
CC: 10.67916798