Entrancei

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

	Avial Cas	Cadena	PAGAI	RE No.	1664 B		
Yo/nosotros: 🗷 🖊 🔾 🔾 🗆 \cap do(s) como aparece al pie d	Ullanos Cryz		y/o			iden	ntifica
do(s) como aparece al pie d	le mi (nuestras) firma	(s), declaramos:	PRIMERO: q	ue somos	deudores ir	condicionale	es de
CONSORCIO CLINICA EMMN							
INSTITUTO DE REHABILITA				simplemen	te el acreedo	or, por la car	ntidad
Por capital: Por intereses de plazo:							Por
intereses de mora: a la máxima	a autorizada nor lac aut	oridades moneta	riacı				_ Por
otros gastos:	a autorizada por las aut	oridades moneta	(las				_ Nos
obligamos a pagar dicha suma d	le dinero al acreedor en	sus oficinas de R	ogotá D.C. en l	a Carrera 2	2 no. 142-63	o en su ord	
al tenedor de este pagare, el d							
partir de esta fecha, sobre	lac obligaciones insul	tas vilas sastas		orosos moi	estorios a la	taca do mo	juc a
autorizada por las autoridades							
nuestro cargo los gastos y costo							
él. CUARTO: a partir de la fe							
anterioridad o más, pagaremos							
arreglo directo o de pago a la							
SEXTO: que serán de nuestro c							
cuenta si fuere necesario. Este							
DE DEMENCIAS EMANUEL S							
S.A.S de conformidad con las i							
dispuesto en el artículo 622, inci		•	Tierros imparcia				
The state of the s	, and the self-self-self-self-self-self-self-self-						
Firma(s):		y/o				<u> </u>	Este
pagaré será llenado por e	el acreedor, de con	iformidad de l	a carta de	instruccion	es, que s	e suscribe	hoy
Bogotá,D.C.,yo,							_y/o
NOSOtros,							
identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar lo fecha hemos suscrito a favor de EMANUEL S.A.S., y/o EMMAI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la su médicos adscritos a la institució cuotas moderadores y demás de EMMNAUEL y/o al INSTITURE REHABILITACION paciente	EMANUEL S.A.S., y/obs espacios en blanco do de CLINICA EMMNA NUEL INSTITUTO DE ma total que por hospón, medicamentos, daño gastos que se haya incuto NACIONAL DE Y	el pagare disting UEL CONSORC REHABILITACI Ditalización, consulos ocasionados a currido por conce DEMENCIAS E HABILITACIO	NSTITUTO DE uido con el No. IO y/o al INS ON Y HABILIT ulta prioritaria y la institución (lepto de la perm MANUEL S.A.: N	REHABILI TACION IN hospital di bienes mue hanencia en S., y/o E INFANT quien	ITACION Y NACIONAL I IFANTIL S.A ía, servicios ibles e inmue i el CONSO MMANUEL IILS.A.S; ingreso	HABILITAC que DE DEMEN A.S conforme prestados po ebles), copa DRCIO CLII INSTITUTO con	en la CIAS e con or los gos y NICA D DE del fecha
El pagare será llenado de acuer cancelada en su totalidad, o por	do con estas instruccion el saldo en caso de que	ies, si al moment se haya hecho al	o de la salida d cono a tal cuent	el paciente a.			
Firma paciente:	-Angy Nu	yell Cloc	U L MONT NO	ombre	del	paci	iente:
C.C.: - 91 283 908	de						
Firma responsable: NOSlo	ndo CYUZC.						
Nombre del responsable: <u>Nels</u>	on Orlando 1	LYUZ C.					
C.C.: <u>91233908</u>	de	B/n2192					



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Priginal: 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: Nelson Orlando Cruz Cadena					
Cedula de ciudadanía: 91 283 908					
Estado Civil: Cosado					
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:					
Empresa empleadora: Esplendo y Seguridad. Dirección: Calle 75 H 24 - 06					
Dirección: Calle 75 H 24-06					
Teléfono(s): 343 53 7 0					
Trabajador independiente (profesión u oficio):					
Dirección:					
Telefono(s):					
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 cumplimiento 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 d					
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					
c.c.:					
Firma:					