Engorno Elmica Elmica Indelinatura Nacional de Demencia Indelinatura I

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADO	OS
---	----

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versi

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

	199 C-	otoro	y/o_	PAGARE No.	1668 B	
Yo/nosotros:						identifica
do(s) como aparece						
CONSORCIO CLINIO						
INSTITUTO DE REH				adeiante simpiem	ente el acreedoi	, por la cantidad
de:				<i>y</i>		
						Dor
Por intereses de plazo						Por
intereses de mora: a	ia maxima autorizada	por las autoridades	monetarias:			Por Nos
otros gastos:_			no do Dogotó D	C on la Carrora	22 no 142 62	
obligamos a pagar dich						
al tenedor de este pag						
partir de esta fech						
autorizada por las aut						
nuestro cargo los gast						
él. CUARTO: a partir						
anterioridad o más, pa						
arreglo directo o de p						
SEXTO: que serán de						
cuenta si fuere necesa						
DE DEMENCIAS EM						
S.A.S de conformidad		•	a parte hemos	impartido para ta	al efecto, de coi	nformidad con lo
dispuesto en el artículo	o 622, inciso 2 del códi	go de comercio.				
Firma(c):		. v/o		ta do instrucció		Este
Firma(s):pagaré será llenado	nor al acroado	y/o	do la car	ta do instrucció	onec que ce	cuccribe hov
pagare sera lienauc	o por er acreedor	, de comormidad	ue la cal	la de mondecid	ones, que se	Suscribe Hoy
C	ARTA DE INSTRUCC	IONES PARA LLEN	AR PAGARE C	ON ESPACIOS E	N BLANCO	
Bogotá, D.C., yo,					daulet teduce en fell	y/o
identificado(s) como a						
NACIONAL DE DEM	ENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMMAN	IUEL INSTIT	JTO DE REHABI	LITACION Y	HABILITACION
INFANTIL S.A.S para						
fecha hemos suscrito						
EMANUEL S.A.S., y/		ITUTO DE REHABI	LITACION Y	HABILITACION	INFANTIL S.A	.S conforme con
las siguientes instruccio						
1.El valor del capital s						
médicos adscritos a la						
cuotas moderadores y						
EMMNAUEL y/o al	INSTITUTO NACI					INSTITUTO DE
REHABILITACION	Y	HABILI	TACION	INFA	NTILS.A.S;	del
paciente ^				quien	ingreso	con fecha
 Intereses de plazo: 				2'- '		
2. Intereses de mora	a la máxima tasa pern	nitida por las autorida	des monetarias	5.		
Así mismo me (nos) ol	oligo (obligamos) a pa	gar los gastos de las	cobranzas pre	judicial y judicial e	n caso de que l	naya lugar a ello.
El pagare será llenado	de acuerdo con estas	s instrucciones, si al i	momento de la	salida del pacien	te ya nombrado	la cuenta no es
cancelada en su totalid	lad, o por el saldo en o	caso de que se haya h	echo abono a	tal cuenta.		
		. ,				
Firma pacie	nte:			Nombre	del	paciente:
C.C.:		<u>de</u>				
Firma responsable:	JOH PIC	19 5				
Nombre del responsab	le: Tother	<u> </u>				
c.c.: 40-75	50 9375	de				



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

_	enerales de guientes) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
	SI MONTE CECT SCHOOLY
	le ciudadanía:
Estado (civil: UCTOCCO.
	sco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa	empleadora:
Direcció	
Teléfond	(s):B10806'3625
Trabajao	for independiente (profesión u oficio):
Direcció	
Telefond	(s):
CONSO	
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. C.	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. 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.
veras, c	ización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es ompleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ción y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación arme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi
para fine públicas	ización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada es diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, e modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo nces y sus implicaciones.
Nombres	Salesa Scatan
C.C.:	1001610
Eirma:	N N L CE サンレ スナー 人 L - ハ ^ プ