Converse Ender Place of Ender Place

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

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

			-	MOADE N.	1767 B	
اح: ا من بير	oeth Ovalle	Galus		AGARE No.		1.1
						identifica
	al pie de mi (nuesti					
	CA EMMNAUEL y/o a					
INSTITUTO DE REH	ABILITACION Y HAB	ILITACION INFAN	TIL S.A.S en ade	elante simplemente	el acreedor, por	la cantidad
				 	,	
Por capital:						
Por intereses de plazo);	 		<u> </u>		Por
intereses de mora: a	la máxima autorizada p	or las autoridades r	nonetarias:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 	
						Nos
	na suma de dinero al ac					
	gare, el día					
partir de esta fech	na, sobre las obligaci	ones insultas y los	gastos pagaremo	os intereses morato	orios a la tasa d	de máxima
autorizada por las aut	oridades monetarias. T	'ERCERO: que en c	aso de cobro juc	licial o extra judicia	al de este pagare	e serán de
	os y costos que por dic					
	de la fecha de la res					
	garemos intereses a la					
	ago a la etapa prejudi					
	nuestro cargo los impu					
	rio. Este pagaré será l					
	ANUEL S.A.S., y/o E					
	con las instrucciones of					
	622, inciso 2 del códig		parte nemos im	partido para tar ere	cco, de comonni	uad Con io
dispuesto en el aruculo	rozz, inciso z der codig	o de comercio.				
Firma(s):		y/o				Este
pagaré será llenado	o por el acreedor,	de conformidad	de la carta	de instrucciones.	que se sus	cribe hov
pagare cora nemaa	, por c. acreaci,				440 00 040	,
Bogotá,D.C.,vo,	ARTA DE INSTRUCCI	v .a.	·'''	ESPACIOS EN BL	ANCO	y/o
Nosotros,	18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 1	1.5.5	<u>i</u> in	\$45	#4 E	
INFANTIL S.A.S para fecha hemos suscrito EMANUEL S.A.S., y/ las siguientes instruccio 1.El valor del capital s médicos adscritos a la cuotas moderadores y EMMNAUEL y/o al REHABILITACION paciente ** Aq. 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a Así mismo me (nos) ot El pagare será llenado	será la suma total que institución, medicame demás gastos que se INSTITUTO NACION Y SOFICION S	n blanco del pagare A EMMNAUEL CON FUTO DE REHABIL por hospitalización, ntos, daños ocasiona haya incurrido por NAL DE DEMENCI HABILIT NUCTACO ÓVA cida por las autoridad ar los gastos de las coinstrucciones, si al m	distinguido con el SORCIO y/o al ITACION Y HAS consulta priorita ados a la instituc concepto de la IAS EMANUEL ACION (1 e) les monetarias.	el No	servicios prestados e inmuebles), CONSORCIO IANUEL INSTI' S.A.S; ingreso con	que en la MENCIAS nforme con los por los copagos y CLINICA TUTO DE del fecha
Firma pacie		so de que se naya ne	echo abono a tare	Nombre	del	paciente:
C.C.:		de				
Firma responsable:	x lizbeth	Ovalle Galu		,		•
Nombre del responsabl	e: X dizbeth (Jualle Galu	(5)	<u> </u>		_
c.c.: 51997936	УУ	de	stú	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		•
			,			
			and the state of the			

Entra inde

FR - THRL - 04	

Original: 29/06/2017

Actualización: --/--/---

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

Datos generales	de quien(es) va(n) a suscribir	pagare y carta de	instrucciones:		
Nombres: _C	liabeth	Dvalle (Salvis			
Cedula de ciudad	danía: <u>K</u>	51997936	>			
Estado Civil:x	Cas	ada				
Parentesco o cal	idad en la qu	e actúa, si no es	el paciente: 🗶	mama		
Empresa emplea	dora: 🛕	Fundación	DODITST 1	0 FUTURO		
Dirección:X	calle	52 6 N'	33-40		and the Land	
Teléfono(s):	3102	639486		1 - 244		
r. Trabajador indep	endiente (p	ofesión u oficio):	Madre	comunit	KIA.	
Dirección:	calle-		e a		-	
Telefono(s):						
			+1 25 L			

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.

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	,	lizbeth	Ovalle	6alvi S	/	1			
C.C.:		514970	136				,	*	
Firma:	<u>></u>	dizbeth	Ovall	e Galo	n'S 1				