Etherica Enmanuel

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original:	29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

On.	your Morale	۵	PAGARE No.	1774 B	identifica
da(a) cama anaro	ce al pie de mi (nuestras)	firma(s) declaramos:	PRIMERO: que somo	s deudores incon	dicionales de
INSTITUTO DE RE	EHABILITACION Y HABILI	TACION INFANTIL S.	A.S en adelante simpleme	ente el acreedor, p	or la cantidad
Por capital:					Por
Por intereses de pi	azo: a la máxima autorizada por	las autoridades moneta	rias:		Por
obligamor a pagar (dicha cuma de dinero al acres	edor en sus oficinas de B	ogotá D.C., en la Carrera	22 no. 142-63, o e	en su orden, o
al tanadar da esta I	nadare el día	de - :	del ano	SEGU	n ndo: que a
partir de esta for autorizada por las nuestro cargo los gel. CUARTO: a paranterioridad o más, arreglo directo o de SEXTO: que serán cuenta si fuere necesivamento de DEMENCIAS IS.A.S de conformic	echa, sobre las obligacione autoridades monetarias. TEF astos y costos que por dicha artir de la fecha de la respe pagaremos intereses a la me pago a la etapa prejudicia de nuestro cargo los impuestesario. Este pagaré será llen EMANUEL S.A.S., y/o EM dad con las instrucciones que culo 622, inciso 2 del código como contra esta esta esta esta esta esta esta est	es insultas y los gastos CCERO: que en caso de cobranza se ocasionen, ctiva demanda judicial, áxima tasa fijada para la l, se establecen en un tos que causen este pagado por CONSORCIO MANUEL INSTITUTO e en documento a parte de comercio.	pagaremos intereses me cobro judicial o extra ju así como el valor del imp sobre los intereses peno mora. QUINTO: los hor 20% sobre el valor de la aré, quedado al acreedor CLINICA EMMNAUEL y DE REHABILITACION	oratorios a la tas udicial de este pa uesto de timbre, s lientes, debidos co norarios de abogac obligación más s facultando para p /o al INSTITUTO Y HABILITACIO	a de maxima gare serán de i hay lugar de on un año de io, en caso de us accesorios. agarlos por mi O NACIONAL N INFANTIL rmidad con lo
Firma(s):		y/o			Este
pagaré será llen	nado por el acreedor, o	de conformidad de	la carta de instruccio	ones, que se	suscribe hoy
Bogotá,D.C.,yo,	CARTA DE INSTRUCCION	 	GARE CON ESPACIOS E	N BLANCO	y/o
Nosotros,				A SO SOLO LITTLE - 1	LINCTITUTO
NACIONAL DE DINFANTIL S.A.S fecha hemos suscremanuel S.A.S., las siguientes instruit. El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	al será la suma total que p a la institución, medicament es y demás gastos que se l al INSTITUTO NACION, Y	or hospitalización, consos, daños ocasionados o cara incurrido por conso	puido con el No. CIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION ulta prioritaria y hospital a la institución (bienes mepto de la permanencia EMANUEL S.A.S., y/o	NACIONAL DE INFANTIL S.A.S día, servicios pre uebles e inmueble en el CONSORO EMMANUEL IN NTILS.A.S;	que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA
 Intereses de pla 	320:				
Así mismo me (nos El pagare será llen- cancelada en su tol		los gastos de las cobrar strucciones, si al momer	ızas prejudicial y judicial e ito de la salida del pacier	en caso de que ha ste ya nombrado li del	ya lugar a ello. a cuenta no es paciente:
Nombre del respon	- Acceptance	rales			<u>-</u>
C.C.: 5219		de Bosol	Λ		

Entrance Francis Indelegation

C.C.: Firma:

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS				
FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01		
THE THE ST	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: Doyous Horoley
Cedula de ciudadanía: 52198456
Estado Civil: U. Wore
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Hornad</u> Empresa empleadora: <u>Fonecta</u>
Dirección: Edificio Buero 24 esqueno calicon esperango
Teléfono(s): 315384412}
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: C1 50 60R 93d-38
Telefono(s): 3153844127 3175008312
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 Vayour Morals