## Emissicio Entra del Instituto Nacional de MARNUEL Inde Emanuel

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

 Original: 29/06/2017
 Versión: 01

 Actualización: --/--/-- Página 1 de 2

	<i>i</i> /		M	Perdo	1 ~		c	AGARE No.	167	73 B	
Yo/nosotros	Hen	inj	1	11 00	WC,		y/o	AUAIL NO.		رــــــــــــ	identific
do(s) como	aparece	al pie	de mi	(nuestras)	firma(s),	declaramos:	PRIMER	O: que son	nos deudor	res incor	
						NACIONAL					
						NFANTIL S.					
de:											
Por capital:											
Por interese											Po
intereses de	e mora: a l	a máxi	ima auto	rizada por la	as autorid	lades moneta	rias:				Po
otros	gastos:_										No
						oficinas de B					
partir de	esta fech	ia, sot	ore las	obligaciones	insultas	y los gastos	pagareme	os intereses	moratorios	a la tas	sa de máxim
autorizada	por las aut	oridade	es monet	tarias. TERC	ERO: qu	e en caso de	cobro jud	dicial o extra	judicial de	este pa	gare serán d
						e ocasionen,					
						nda judicial,					
						fijada para la					
						ecen en un 2					
						sen este pag					
						ONSORCIO (					
						NSTITUTO					
						ento a parte	hemos im	partido para	tal efecto,	de confo	rmidad con l
dispuesto ei	n el articulo	622, ir	nciso 2 d	el código de	comercio		(30 -				
Firma(s)						v/o		do instruc			Fsi
nagaré se	rá llenado	nor	el ac	reedor de	confor	y/o nidad de l	a carta	de instrucc	riones au	ie se	suscribe bo
pagare se	ra nenade	, , ,		recuor, ac	COMON	mada ac i			Jones, qu		Suscince The
	1			South Control					E154781 85		
	CA	ARTA I	DE INST	RUCCIONE	S PARA	LLENAR PAG	SARE CON	ESPACIOS	EN BLANC	တ	
Bogotá,D.C.	VO										y/o
Nosotros,				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					-le(15/65/61)	V.	
				nuestras fir	mas auto	orizamos a <b>C</b>	ONSORCI	O CLINICA	FMMNAIIE	-I v/o a	LINSTITUT
						MANUEL I					
						agare disting					
						CONSORC					
						HABILITACI					
las siguiente											
_			suma to	tal que por	hospital	ización, consi	ulta priorita	aria y hospita	al día, serv	icios pre	stados por lo
						casionados a					
						do por conce					
						MENCIAS E					
REHABILI	TACION	-1		Y_/	○ HA	BILITACIO	N	INF	ANTILS.A.	S;	de
paciente	(B)115	71 cu	1 H	rTOVO	reic	Tomo		quie	n ingre	eso (	con fech
				B				114			
. Interese	s de plazo:			- :							
2. Interese	s de mora a	la má:	xima tas	a permitida p	or las au	toridades moi	netarias.				
Así mismo r	ne (nos) ob	ligo (o	bligamos	s) a pagar los	s gastos d	de las cobran	zas prejudi	cial y judicial	en caso de	que hay	/a lugar a ello
El pagare se	erá llenado	de acu	ierdo coi	n estas instr	ucciones,	si al moment	o de la sa	lida del pacie	nte ya non	nbrado la	i cuenta no e
cancelada e	n su totalid	ad, o p	or el salo	do en caso de	e que se l	naya hecho al	oono a tal	cuenta.			
			1								
Firma	pacier	nte:			<del></del>			Nombre	C	del	paciente
	<		<u> </u>		. )						
C.C.:			analli	antik / <	de <u>/</u> _						
Firma respo		$-\sqrt{t}$	years a	tt(tt/V)	No uso						
Nombre del	responsabl	1	cunj	11 181	COMO	100-7	a force	<u></u>			
C.C.:	4-17	6/	_(_		de	facat	UI ICC	<u> </u>			



## 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

	nerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres	Heary A Ferdomo
	e ciudadania: 11477761.
Estado C	ivil: 5oltero C
	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Pa Pa .
Empresa	empleadora: Inde pendionte.
Dirección	
Teléfono	
Trabajad	or independiente (profesión u oficio):
Dirección	: ealle 77 sox \$ 5-59. 9f. 201
Telefono	(s): 372 9116517,
CONSO	que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL JTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito o, 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.
В.	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 <b>SUPERFINANCIERA</b> 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. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a
E.	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, co	zación 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 ión 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	zación anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada s 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, modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	naber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo ices y sus implicaciones.
Nombres	Henry H Verdoma
Firma:	Z TOWN HALL WELL /