

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	
Nombres: $0.5c$ $Maltin$	
Cedula de ciudadanía:	
Estado Civil: Union libro	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora: 5 equil dad Castell	
Dirección: <u>(19</u> 27 N 27 - 33	
Teléfono(s): 3380577	
rabajador 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 CONSOR (CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:	CIO DE
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño co	omo
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 co sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonia	omc
tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño co	omo
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 SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que establemente.	e la
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 peri	odo
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.	
mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en regist públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	es a eros
a autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificac a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicari uando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.	ián
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada p nes diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públi ompetentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante mode atemáticos, conclusiones de ellas.	cac
eclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entier is alcances y sus implicaciones.	ndo
ombres × Jase Martin	
c.: × 11 434 1933	
rma:	

		600-1 * ap	CC:X 11 429827
and the second s			Nombre del responsable:
			Firma responsable: 🔀
	and bound to be	әр	C.C.C.:
	del paciente:	Иотрке	Firma paciente:
	as prejudicial y judicial en caso de qu o de la salida del paciente ya nomb	a pagar los gastos de las cobranza stas instrucciones, si al momento	 Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa Así mismo me (nos) obligo (obligamos) pagare será llenado de acuerdo con e cancelada en su totalidad, o por el saldo cancelada en su totalidad, o por el saldo
	.79		quien ingreso con fecha
ruice emmapher spados y cuotas sp. copagos y cuotas ruice médicos	I INSTITUTO NACIONAL DE DEI LITACION INFANTIL S.A.S confor prioritaria y hospital día, servicios pres tución (bienes muebles e inmueble permanencia en el CONSORCIO C	MMNAUEL CONSORCIO y/o a DE REHABILITACION Y HABI ue por hospitalización, consulta pos incurtido por concepto de la linstificación y concepto de la linstificac	INFANTIL S.A.S para llenar los espacio hemos suscrito a favor de CLINICA E S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total qua adscritos a la institución, medicamento moderadores y demás gastos que se ha y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DIABILITACION INFANTILS.A.S. c
NOIDATIJIBAH Y	NSTITUTO DE REHABILITACION	JEL S.A.S., y/o EMMANUEL I	NACIONAL DE DEMENCIAS EMANI
OTUTITZNI Is o/v.	ONSORCIO CLINICA EMMNAUEI	o somestras firmas, autorizamos a C	identificado(s) como aparece al pie de
ο/ʎ			Bogotá,D.C.,yo, Mosotros,
(BARE CON ESPACIOS EN BLANCO	UCCIONES PARA LLENAR PAC	RTSNI BE INSTE
Por	inias: Jegotá D.C., en la Carrera 22 no. 142 Jel año Jel año Jel año Jel año Jenos intereses moratorios a la tasa o Je extra judicial de este pagare serár Jimpuesto de timbre, si hay lugar de Jes, debidos con un año de anteriorid Jes abogado, en caso de arreglo directo Saus accesorios. SEXTO: que serán Saus accesorios. SEXTO: que serán Je abogado, en caso de arreglo directo Je abogado, en	zada por las autoridades moneta de de ciones insultas y los gastos pagar se ocasionen, así como el valor de dicial, sobre los intereses pendient mora. QUINTO: los honorarios d dicial, sobre los intereses pendient mora. QUINTO: los honorarios d ado al acreedor facultando para p MMNAUEL y/o al INSTITUTO LITACION Y HABILITACION I Para tal efecto, de conformidad y/o	capital: intereses de plazo: intereses de mora: a la máxima autori; otros gastos: obligamos a pagar dicha suma de dinera al tenedor de este pagare, el día partir de esta fecha, sobre las obliga por las autoridades monetarias. TERCEI gastos y costos que por dicha cobranza si infereses a la máxima tasa fijada para la prejudicial, se establecen en un 20% se impuestos que causen este pagaré, que de la fecha de la respectiva demanda jur intereses a la máxima tasa fijada para la en documento a parte hemos impartido comercio. Erima(s): Erima(s):
identifica ales de CONSORCIO UEL INSTITUTO DE	AS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN	UTO NACIONAL DE DEMENCIA	Yo/nosotros; April 1992 Yo/nos
7 an 1 nui6n :			
∠ əb i anipà¶	Actualización:\\	_ FR – THRL – 04	angua april
10 :nòis₁eV	\7102\80\92 :lsniginO		ab snoned Shift Interest 1
SOUAZI	PARA PACIENTES HOSPITALI	ЕОВИНЕ В В В В В В В В В В В В В В В В В В В	BOURTHEATHERS STORINGS OD-SHOWS