Corsor co Chrisca Emmanuni

Edward

nde Emilia

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

<u>-t</u> -	Ditue	15.16.00		PAGAF	RE No.	1707 8	,	
Yo/nosotros:		19 Nonco		y/o				ntifica
	ece al \pie de mi (n							
	INICA EMMNAUEL y							
INSTITUTO DE F	REHABILITACION Y	HABILITACION I	NFANTIL S.A	.S en adelante	simplement	e el acreedo	r, por la ca	ntidad
Por capital:								
Por intereses de p	olazo:							Por
intereses de mora	: a la máxima autoriza	ada por las autorid	ades monetari	as:				Por
otros gast			·					Nos
obligamos a pagar	dicha suma de dinero	al acreedor en sus	oficinas de Bo	gotá D.C., en la	a Carrera 22	no. 142-63,	o en su or	den, o
	pagare, el día							
autorizada por las nuestro cargo los él. CUARTO: a p anterioridad o más arreglo directo o SEXTO: que serár cuenta si fuere ne DE DEMENCIAS S.A.S de conform dispuesto en el art Firma(s):	fecha, sobre las oblication autoridades monetari gastos y costos que por artir de la fecha de la separamon intereses de pago a la etapa pro de nuestro cargo los ecesario. Este pagaré semanuel S.A.S., y idad con las instruccio feulo 622, inciso 2 del contado por el acree	as. TERCERO: que or dicha cobranza se respectiva demara a la máxima tasa ejudicial, se establimpuestos que cau erá llenado por CC/o EMMANUEL I nes que en docum didigo de comercio.	e en caso de e ocasionen, a nda judicial, se fijada para la recen en un 20 sen este pagar DNSORCIO CI NSTITUTO D ento a parte h	cobro judicial os como el valo obre los interemora. QUINTO 10% sobre el va é, quedado al LINICA EMMIE REHABILITEMOS impartid	o extra judi r del impue ses pendier D: los honor dor de la ol acreedor fac NAUEL y/o ACION Y o para tal e	cial de este sto de timbro tes, debidos arios de abo oligación má cultando para al INSTITI HABILITAC fecto, de co	pagare ser e, si hay lug s con un ai gado, en ca s sus acces a pagarlos p UTO NACIO CION INFA	rán de gar de iño de aso de sorios. por mi ONAL ANTIL con lo
pagare sera ne	nado por el acree	dor, de comorn	iliuau de la	Carta de	mstruccione	s, que se	: Suscribe	поу
•	. A FOLKER PROBLEM	199				14 (·	
	CARTA DE INSTRU	CCIONES PARA I	LENAR PAGA	RE CON ESPA	ACIOS EN I	BLANCO		
/								
Bogotá,D.C.,yo,		<u> </u>			1 1 1 1	<u>. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</u>		_у/о
MOSOLIOS,	no aparece al pie de nu			NCODOVO OLY	NIXOA ENAN	INIALIEL	- I TNCTT	TUTO
INFANTIL S.A.S fecha hemos suscemanuel S.A.S., las siguientes instruction del capi médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACIO paciente	tal será la suma total a la institución, medices y demás gastos que al INSTITUTO NA	os en blanco del p NICA EMMNAUEL STITUTO DE REI que por hospitali amentos, daños o re se haya incurrio CIONAL DE DEI	agare distingui CONSORCIO HABILITACIO zación, consult casionados a l do por concep	ido con el No. O y/o al INS N Y HABILIT a prioritaria y a institución (to de la perm	TITUTO N ACION IN hospital día ienes muet anencia en	ACIONAL I FANTIL S.A n, servicios p oles e inmue el CONSO IMANUEL 1	que DE DEMEN S conform prestados pe bles), copa PRCIO CLI INSTITUTO	en la ICIAS ne con or los ngos y NICA
Así mismo me (nos El pagare será lien	azo: ora a la máxima tasa p s) obligo (obligamos) a ado de acuerdo con e talidad, o por el saldo e	pagar los gastos d stas instrucciones,	e las cobranza si al momento	s prejudicial y j de la salida de	el paciente y			
Firma pa C.C.: Firma responsable:	aciente:	de		No	ombre	del	pac	iente:
Nombre del respon		ADM(C)	1					
	27730t	de D	COOLO					

Constanting Consta

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

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 g	enerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones;	
	s: Fra tetricia tranco Ganalez	
Cedula d	de ciudadanía: 7,52983739	
Estado (civil: soltera	
Parente	sco o calidad en la que actúa, și no es el paciente:	
	a empleadora; J ROMPO EQUIDOS	
Direcció	n: Calle 134 # 7-83.	
Teléfond	o(s): 32/2490371	
Trabajao	dor independiente (profesión u oficio):	
Direcció	n:	
Telefono	o(s):	
CONSO	que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN UTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del creo, para:	IUEL
A. .	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desemp	peñc
ь.	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 o sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonia	
	tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño o	
_	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 d SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de 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 per	iodo
_	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 atenuant mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en regis	
	públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.	
La autor	ización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrad	a es
veras, co rectificac	ompleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigli ción y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obliga arme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de	r su ción
para fi n e públicas	ización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencion es diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autorida competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y deri e modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	ades
	haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiences y sus implicaciones.	ndo
Nombres	Jenny tatycia Tranco	
C.C.:	529677390	
Firma:	LIND ALLE	