

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

	PAGARE	= No.	1675 B	
Yo/nosotros: X/ amen. Valence	v/o	- 110.		identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), decla			udores incond	
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NAC				
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFAM	ITIL S.A.S en adelante s	implemente e	el acreedor, po	r la cantidad
de:				
Por capital:				
Por intereses de plazo:intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades				Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades	monetarias:			Por
otros gastos:				Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficin				
al tenedor de este pagare, el díade				
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los	gastos pagaremos inter	eses morato	rios a la tasa	de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en				
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se oca				
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda j				
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada				
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen				
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen e				
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSO				
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTI				
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento	a parte nemos impartido	para tai erec	to, de conforn	nidad con io
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.				
Firma(s): y/o				Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad	de la carta de ir	strucciones.	que se su	
The second secon				.5050
Bogotá,D.C.,yo,				y/o
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizam	os a CONSORCIO CLIN	ITCA EMMN	AliFi v/o al l	INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN				
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare	distinguido con el No.	Albert		que en la
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL COI				
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABI				
las siguientes instrucciones:				
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización	ı, consulta prioritaria y h	iospital día, :	servicios presta	ados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasion				
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido po				
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO	CIAS EMANUEL S.A.S.,	, y/o EMM	ANUEL INST	ITUTO DE
	TACION	INFANTIL	S.A.S;	del
paciente Karren Malana		quien i	ingreso co	n fecha
x 79.404300				
1. Intereses de plazo:				
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autorida	des monetarias.			
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las	cobranzas prejudicial y ju	ıdicial en cas	o de que haya	lugar a ello.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al i			nombrado la c	cuenta no es
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya h	echo abono a tal cuenta.			
Firms parients.	Non	mbro	dal	naciontal
Firma paciente:	NOII	nbre	del	paciente:
C.C.: de				
Nombre del responsable: 10 100 100 100 100 100 100 100 100 100				
C.C.: Y + CI-UCU 308 de B+C				_



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: Legion (5)
Cedula de ciudadanía: 19, 404 308 g.le
Estado Civil: Con a do
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: , hornon o
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: Cra 134 N 133-51
Telefono(s): 688 2986. 3 11 451 0 55(1)
마이트 보고 있는 것이 되었다. 그는 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은
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 Gamay Valagral C.
c.c.: 74.404.308-
Firma: Calcul Valence