Consurce Chrisca Engnantuel

Edition

nde Demencias

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 1 de 2

		, f	. / (1 -	PAGA	RE No.	1703 B	
Yo/nosotros:	win Andres	Herrera	Valdes.	y/o			identific
do(s) como apar	ece al pie de m	ni (nuestras)	firma(s), declar	amos: PRIMERO: d	que somos	deudores ii	ncondicionales (
				ONAL DE DEMENCI			
INSTITUTO DE F	REHABILITACIO	N Y HABILIT	ACION INFANT	TIL S.A.S en adelante	simpleme	nte el acreedo	or, por la cantida
de:							
Por capital:							
Por intereses de p	olazo:			nonetarias:			Pi
intereses de mora	: a la máxima au	torizada por l	as autoridades m	nonetarias:			
otros gast	os:						N
obligamos a pagar	dicha suma de di	nero al acreec	lor en sus oficina	s de Bogotá D.C., en l	a Carrera 2	22 no. 142-63	, o en su orden,
al tenedor de este	pagare, el día _		de	del a	ño	SE	:GUNDO: que
				gastos pagaremos int			
autorizada por las	autoridades mon	etarias. TERO	CERO: que en ca	aso de cobro judicial	o extra ju	dicial de este	pagare serán d
nuestro cargo los	gastos y costos qu	ue por dicha c	obranza se ocasio	onen, así como el valo	or del impu	iesto de timbr	e, si hay lugar d
él. CUARTO: a p	artir de la fecha	de la respect	iva demanda jud	dicial, sobre los intere	eses pendi	entes, debido	s con un año d
anterioridad o más	s, pagaremos inter	eses a la máx	cima tasa fijada p	oara la mora. QUINT O	O: los hon	orarios de abo	ogado, en caso d
				n un 20% sobre el v			
				e pagaré, quedado al			
cuenta si fuere ne	cesario. Este paga	aré será llena	do por CONSOR	CIO CLINICA EMM	NAUEL y/	o al INSTIT	UTO NACIONA
DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S	5., y/o EMM	ANUEL INSTIT	UTO DE REHABILI	TACION 1	/ HABILITA	CION INFANT
				parte hemos impartio	lo para tal	efecto, de co	onformidad con
dispuesto en el art	ículo 622, inciso 2	del código de	comercio.				
F:			11/0				Es Es
Firma(s):			y/O _	do la carta do	inctruccio	200 0110 0	
pagare sera lle	nado por ei a	acreedor, de	conformidad	de la carta de	Instruccioi	ies, que s	e suscribe no
					440,434		
	CARTA DE INS	TRUCCIONE	S PARA LLENA	R PAGARE CON ESP	ACIOS EN	BLANCO	
Bogotá, D.C., yo,					il de l'	, francisco (al Alegoria) Na salara de la Alegoria	y/o
Nosotros,							
identificado(s) con	no aparece al pie o	de nuestras fi	rmas, autorizamo	s a CONSORCIO CL	INICA EM	IMNAUEL y/	o al INSTITUT
NACIONAL DE D	EMENCIAS EMA	NUEL S.A.S	., y/o EMMANU	JEL INSTITUTO DE	REHABII	ITACION Y	HABILITACIO
INFANTIL S.A.S	para llenar los es	spacios en bla	nco del pagare o	distinguido con el No	a fat confift down		que en
fecha hemos susc	rito a favor de	CLINICA EN	IMNAUEL CON	SORCIO y/o al INS	STITUTO	NACIONAL	DE DEMENCIA
	·	L INSTITUT	O DE REHABIL	ITACION Y HABILI	TACION 1	NFANTIL S.	A.S conforme co
las siguientes instr			47.			.,	
1.El valor del capi	tal será la suma	total que por	hospitalización,	consulta prioritaria y	hospital (dia, servicios	prestados por k
médicos adscritos	a la institución, r	nedicamentos	, danos ocasiona	idos a la institución (bienes mu	ebles e inmu	ebles), copagos
cuotas moderador	es y demás gasto	os que se ha	ya incurrido por	concepto de la perm	nanencia e	n el CONSC	ORCIO CLINIC
		NACIONAL		AS EMANUEL S.A.	S., y/o I	MMANUEL	
REHABILITACIO	N , and	Y	HABILIT	ACION		TILS.A.S;	d
paciente <u>flaye</u>	119 20081	guez D	<u>192</u>		quien	ingreso	con fect
		119					
 Intereses de pl 							
	ora a la máxima ta						•
				obranzas prejudicial y			
				omento de la salida d		e ya nombrad	o la cuenta no e
cancelada en su to	talidad, o por el sa	aldo en caso d	e que se haya he	cho abono a tal cuent	a.		
F:		,		K 1	ombro	اماما	nadask
Firma p	aciente:			N	ombre	del	pacient
			J.				
C.C.:	118	2	ae				
Firma responsable:							
Nombre del respon		HEVYEVE					<u></u>
C.C.: 1005 PO	12000		de				

Contine to Contine to

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: Sourn Andres Herrera	
Cedula de ciudadanía: 1013 493 990	
Estado Civil: SOITEYO	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	
Empresa empleadora: QUICE.	
Dirección: <u>(rq 94 # 6 u - 31</u>	
Teléfono(s): 312 512 4995	
Trabajador 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 CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMAN INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del cresolicitado, para:	UEL
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desemi	peño
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 c	omo
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 c	
deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.	io la
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	es a
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 autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrad	a es
veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigi rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obliga de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de petición.	ir su ación
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencion	nada
para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autorido públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y der mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.	ades
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entie sus alcances y sus implicaciones.	endo
Nombres Edwin Andres Herrera C.C.: 1015 193 990	
C.C.: 1 115 193 940	
Firmar 5 tel 7	