Eonsors Clinica Emilianuel

Edini

Inde promotes

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

Yo/nosotros: All	nc kres lela	2	PAGARE No.	1751 8	identifica
do(s) como apare	ce al pie de mi (nuestr	as) firma(s), declaramos:	PRIMERO: que somo	s deudores ind	condicionales de
CONSORCIO CLI	NICA EMMNAUEL y/o al	INSTITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAS EMAI	NUEL S.A.S., y	O EMMANUEL
	EHABILITACION Y HABI		A.S en adelante simpleme	ente el acreedor	, por la cantidad
de:	-				
Por capital:	azo: a la máxima autorizada p				
intereses de mora:	a la máxima autorizada o	or las autoridades moneta	riac		Por Por
otros gasto		Ji las autoridades morieta	11034		Nos
	dicha suma de dinero al acr	eedor en sus oficinas de B	ogotá D.C., en la Carrera	22 no. 142-63	
	pagare, el día				
partir de esta f	echa, sobre las obligacio	nes insultas v los gastos	pagaremos intereses m	oratorios a la t	rasa de mávima
	autoridades monetarias. Ti				
nuestro cargo los g	astos y costos que por dich	a cobranza se ocasionen,	así como el valor del imp	uesto de timbre	, si hay lugar de
él. CUARTO: a pa	rtir de la fecha de la resi	pectiva demanda judicial,	sobre los intereses pend	ientes, debidos	con un año de
	pagaremos intereses a la				
	e pago a la etapa prejudio				
SEXTO: que serán	de nuestro cargo los impue	stos que causen este paga	aré, quedado al acreedor	facultando para	pagarlos por mi
	esario. Este pagaré será li				
	EMANUEL S.A.S., y/o El				
	ad con las instrucciones q		nemos impartido para ta	l efecto, de con	formidad con lo
uispuesto en el artic	ulo 622, inciso 2 del código	de comercio.			
Firma(s):		y/o			Este
pagaré será llen	ado por el acreedor,	de conformidad de la	a carta de instruccio	nes, que se	
					·
	CARTA DE INCERNICATA	MEC DADA LLEMAD DAC	ADE CON ECDACIOS E	U DI ANGO	
	CARTA DE INSTRUCCIO	NES PARA LLENAR PAG	ARE CON ESPACIOS E	N BLANCO	
Bogotá, D.C., yo,			Table 		y/o
Nosotros,	34 <u>1</u> 341 11 11 1		*	는 보고 있는	
identificado(s) como	aparece al pie de nuestra				
NACIONAL DE DE	MENCIAS EMANUEL S./	A.S., y/o EMMANUEL IN	ISTITUTO DE REHABI	LITACION Y H	ABILITACION
INFANTIL S.A.S p	ara llenar los espacios en	blanco del pagare distingi	uido con el No	<u> </u>	que en la
	to a favor de CLINICA				
	y/o EMMANUEL INSTIT	UTO DE REHABILITACIO	ON Y HABILITACION I	NFANTIL S.A.	5 conforme con
las siguientes instru			46.	44.	
médicos adscritos a	l será la suma total que l la institución, medicamen	xor nospitalización, consu	ita prioritaria y nospital	dia, servicios pr	estados por los
cuotas moderadores	y demás gastos que se	hava incurrido nor conco	na insulución (olenes mu	iedies e inmued	res), copagos y
FMMNAIIFI V/O	al INSTITUTO NACION	naya incumuo por conce	PLO DE LA PERMANENCIA E	EMMANUEL T	CIO CLINICA
REHABILITACION		HABILITACION	TAITOLL SIAIS, Y/O	itils.a.s;	del
paciente CV	ANAVEZ'		gulen	ingreso	con fecha
	CANON-E	antelline in the	The state of the s	mg.coo	con rection
1. Intereses de plaz	0:				
	a a la máxima tasa permitio	da por las autoridades mon	etarias.		
	obligo (obligamos) a pagar			caso de que ha	ava lugar a ello.
El pagare será llena	do de acuerdo con estas ir	strucciones, si al momento	o de la salida del pacient	e va nombrado	la cuenta no es
	lidad, o por el saldo en cas			•	
Firma pad	ciente:		Nombre	del	paciente:
C.C.:_					pacience.
U.U.I		do.			paciente.
Firma rocooncable.	1 magalimas	de			paciente.
Firma responsable: _ Nombre del respons	able: Mod one /	de		· 	
Firma responsable: _ Nombre del responsa C.C.:		de de RANA	1401/H		



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

	enerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
	s: JAME CARED REFES VERES le ciudadanía: 1140846324
	civil: UAION IBIC
	sco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: COAFUGUE
	empleadora: AFTOPO CAMP,
•	1: CAITE DIAZA CC
	(s): 32.2922 6915
	lor independiente (profesión u oficio):
Direcció	
Telefono	
1 4.010110	
	RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL UTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito p, para:
A.	Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño
В.	como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como
υ.	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
c	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.
l a autori	zación anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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 exigir su ión y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación irme, 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, e modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
	naber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo ces, y sus implicaciones.
Nombres	, AIME CLYHODE YEXER I RIGR
C.C.:	140876324
Firmar	1 0000 ROSX