	markuei nde benaue	Compress Compress Entities
	FR – THRL – 04	FORMATO PAGAR
Actualización://	Original: 29/06/2017	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
Página 1 de 2	Versión: 01	TALIZADOS

	Actualización:/
	Página 1 de 2
~	PAGARE No.
Yo/nosotros: White play for home condo(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), deci CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONA REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL	To/nosotros: When flow for the property of the
capital:	Por
de m	autoridades monetarias:
obligamos a pagar dicha suma de dinero	Obligamos a pagar de Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o el tenedor de Social de Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, o
partir de esta fecha, sobre las obligaci	del año SEGUNDO: que a ciones insultas y los gastos pagaremos intereses monstraios a la tro-
por las autoridades monetarias. TERCER gastos y costos que por dicha cobranza se de la fecha de la respectiva demanda judic	por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de núestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más magazamos.
prejudicial, se establecen en un 20% sob impuestos que causen este pagaré, queda llenado por CONSORCIO CLINICA EM EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI en documento a parte hemos impartido p	prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por 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 de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con la dispuesto en el artículo 620, inciso a de conformidad.
3Firma(s):	y/0
CARTA DE INSTRU	ONES PARA LLENAF
Bogotá,D.C.,yo,	у/о
identificado(s) como aparece al pie de nu NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUE INFANTIL S.A.S para llenar los espacios e hemos suscrito a favor de CLINICA EMI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE instrucciones:	Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a 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 para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el Noque en la fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones:
1.El valor del capital será la suma total que padscritos a la institución, medicamentos, omoderadores y demás gastos que se haya i y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMI HABILITACION INFANTILS.A.S; del quien ingreso con fecha	1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/O AI INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la sancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a transcelada en su totalidad.	. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
a paciente: 4500 0 de 10 10 11 32 8330 0 de 10 11 32 8330 0 de 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	de Segon Comero
C. 3 C. X B. / C.	of a licenses

2 4 6

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Versic
1 /

2

de

0

⋖

.38

AUTORIZACION PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIB PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Nupliq Puncio
Cedula de ciudadanía: 글이 대체 503
Estado Civil: こいいの (しかの
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: 【仏仏 NUCUCI
Dirección: \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
Teléfono(s): 221 435 \$3.52
Trabajador independiente (profesión u oficio): 💛 (\log \range VAN\O\)
Dirección: VIG INPJCS
Telefono(s): 201 435 K357 - 3704669384

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:

- 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.
- 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. B.
 - <u>0</u> SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas por intermedio también, la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. Enviar Ċ.
- 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. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a Ġ.
- 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. نیا

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, La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada 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.

Broade Car Shila 01260 FV of 0 06 0 Nombres _ Firma: C.C.: