FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITAL	Original: 29/06/2017	Actualización://
FORMATO PAGAR	FR – THRL – 04	
Emmerce Emmerce	「	

01

Versión:

[ZADOS

de

 \sim

Página

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Datos generales de guien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	:200:20
Nombres: HGATAY ARNOLTED INCOME BOTHA	
Cedula de ciudadanía: 79738277 BTA	
Estado Civil: CASADO	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: 会 もらい	
Empresa empleadora:	
Dirección: KRA 99 4 (31 430	
Teléfono(s): 31335966/6	
Frabajador independiente (profesión u oficio):	11.00
Dirección:	
Telefono(s):	

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. Ä
- 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. æ.
 - <u>a</u> SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas manera directa y, también, por intermedio puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. de riesgo de la información mencionada a las centrales ن
 - 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 Β. y Ε. de esta cláusula. ä
- 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. ш

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.

Nombres Asset Asse
cances y sus impl
cances y sus implicacion

492.

C.C.: Firma:

용

	***	The state of the s	
architectury (California)	FORMATO PAGARE PARA	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	ADOS
Emmanuel Connecta	FR – THRL – 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
	f	Actualización://	Página 1 de 2
		PAGARE No.	
Yo/nosotros: Y HENCLY ARNOL FED do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firi CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO REHABILITACION Y HABILITACION I	D MESA (BOJA) y/s firma(s), declaramos: PRIMERO: qu O NACIONAL DE DEMENCIAS EN INFANTIL S.A.S en adelante	o	identifica s de CONSORCIO L INSTITUTO DE la cantidad de:
a	máxima autorizada por las autoridades monetarias:		Por Por
otros gastos:	otros gastos:	D.C., en la Carrera 22 no. 142-63	63, o en su orden, o
partir de esta fecha, sobre las oblic por las autoridades monetarias. TERC	partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los	ntereses moratorios a la tasa de a judicial de este pagare serán d	máxima autorizada e nuestro cargo los
gastos y costos que por dicha cobranza de la fecha de la respectiva demanda j intereses a la máxima tasa fijada para prejudicial se establecen en un 20%.	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, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa para la mora. QUINTO: los honorarios de apogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapa de control de la chicación más sus accesorios. SEXTO: que során de nuestro cargo los control de la chicación más sus accesorios.	esto de timbre, si hay lugar de él. bidos con un año de anterioridad ado, en caso de arreglo directo o cosorios. SEXTO: que serán de	il. CUARTO: a partir d o más, pagaremos o de pago a la etapa de nuestro carno ho
impuestos que causen este pagaré, qu llenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL INSTITUTO DE REHAE en documento a parte hemos impartic comercio.	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 lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	s por mi cuenta si fuere necesari IONAL DE DEMENCIAS EMAI IIL S.A.S de conformidad con la dispuesto en el artículo 622, inci	o. Este pagaré seráNUEL S.A.S., y/ois instrucciones queiso 2 del código de
3Firma(s): pagaré será llenado por el ac	y/o acreedor, de conformidad de la carta	de instrucciones, que	se suscribe hoy
CARTA DE INST	CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO	CON ESPACIOS EN BLANCO	
Bogotá,D.C.,yo, y (16)	ARNULFO MESA POSTAS		y/o
identificado(s) como aparece al pie de NACIONAL DE DEMENCIAS EMAI INFANTIL S.A.S para llenar los espachemos suscrito a favor de CLINICA	identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO v/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEM		y/o al INSTITUTO Y HABILITACION que en la fecha ENCIAS EMANUEL
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUT: instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total	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 por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos	ION INFANTIL S.A.S conforme ia y hospital día, servicios prestac	e con las siguientes dos por los médicos
adscritos a la institución, medicamer moderadores y demás gastos que se y/o al INSTITUTO NACIONAL DE HABILITACION INFANTILS.A.S:	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 al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S. del paciente in the	(bienes muebles e inmuebles), lencia en el CONSORCIO CLII	copagos y cuotas NICA EMMNAUEL HABILITACION Y
⊆.			
 Intereses de mora a la maxima tas Así mismo me (nos) obligo (obligamos pagare será llenado de acuerdo con pagare será llenado de acuerdo con cancelada en su totalidad, o nor el sal 	r. Intereses de mora a la maxima 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 pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombra cancelada en su totalidad, o nor el saldo en caso de que se hava hecho abono a tal cuenta.	s. udicial y judicial en caso de que l salida del paciente ya nombrao tal cuenta	aso de que haya lugar a ello. El ya nombrado la cuenta no es
Firma paciente:	Nombre del paciente:	ciente:	
Firma responsable: A House Nombre del responsable:	Another Ress Payor		