FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Versión: 01 Actualización: --/--/ Original: 29/06/2017

Página 1 de 2

d	ì
2	
L	1
0	:
Q.F	1
A	
0	

1373 B

o/nosotros: COOLCA (SONCOND) GOODCAN (SON 13CL) INCONCANTON ACCOUNTS (SONCOND) ACCOUNTS (SONCOND) identification aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIC (SONCOND) instituto nacional DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE LEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de Po
itereses de plazo: presente moras a la máxima autorizada nos las autoridados monatorias.
tros gastos:
linero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orde
I tenedor de este pagare, el dia de de de de de de sete pagare, el dia SEGUNDO: que a
artir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizada or las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los astos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a parti
e la l'echa de la l'espectuva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un ano de anterioridad o mas, pagaremos itereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etaps rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más que accepcios CENTO: que serán de miserto caracido.
npuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré ser enado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
IMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que n documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de marcio.
Mym & Got o 600
será
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO
ogotá, D.C., yo, & Chorc Permendele Geonor Rechnyce 2
lections, some aparece at pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o at INSTITUTO INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NEANTIL S.A.S. para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. To emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o at INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL A S. S. C. EMMANIEL TACTORIO.
structiones:
El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos descritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas noderadores y demás dastos que se hava incurtido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CI INICA EMMNAILES
ABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente LOUYCO PONTO ALONGE ALONGE ALONGE ALONGE ENTENDED ENTENDED INFANTILS.A.S; del paciente LOUYCO PONTO ALONGE ENTENDED INFANTILS.A.S; del paciente LOUYCO PONTO ALONGE ENTENDED INFANTILS.A.S;
uien ingreso con fecha <u>さに、しらへい</u> の 2-の1角 Intereses de plazo:
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. sí mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. E agare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no es ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.
irma paciente:
ima responsable: Olymon A. Eurelean
John
C. 20 20 1 30 de 1000 01 c.

AUTORIZACIÓN PARA CONSINTA E TUCATO	Actualización://	nde Pranudas FR – THRL – 04 Originali 29/06/2017	FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
	Página 2 de 2	Versión: 01	SPITALIZADOS

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

YUMA GUERRERA	Firma: CHUR
167 134 FOR 10	22
20010 Esmande Como De Lago 000	Nombres (Colouc
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.	Declaro haber leído cuidadosam sus alcances y sus implicaciones
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.	fines diferentes, primero competentes el cumplim matemáticos, conclusior
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 anterio veras, completa, exacta y a que se informa sobr cuando yo lo pida, quie
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 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.	necesario sei E. Suministrar a mis relacione públicos, bas
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.	
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.	
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.	A. Consultar, edudor, mi deudor,
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 DI REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado mara:	Declaro que la informa CLINICA EMMNAUE REHABILITACION Y
	Telefono(s):
	Dirección:
ndependiente (profesión u oficio):	Trabajador independi
9032284 - 314	و م
Seguridad Awar	Empresa empleadora:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Parentesco o calidad
Sultac	Estado Civil:
ciudadania: 52 367 121	Cedula de ciudadanía:
3	Datos generales de o