Correction Control of States of Control of C

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

Yo/nosotros: Lilia Victoria Salazai	Michaell ~	PAGARE No.	1819 8	
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras)	firma(s) declarames	y/0_	man daudauan te	identifica
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INS	STITLITO NACIONA	I DE DEMENOTAS EM	NOS deudores ir	rcondicionales de
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITA	ACION INFANTIL S	.A.S en adelante simple	mente el acreedo	y/O ElitiMANUEL or nor la cantidad
de:			mente el áciteede	n, por la cariduad
Por capital:				
Por intereses de plazo:				Por
Por intereses de plazo:	s autoridades monet	arias:		Por
otros gastos:				Nos
otros gastos: obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedo	r en sus oficinas de l	Bogotá D.C., en la Carrei	ra 22 no. 142-63.	o en su orden, o
al tenedor de este pagare, el dia	de	del año	SE	GUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones	insultas y los gasto	s pagaremos intereses	moratorios a la	tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias. TERCI	ERO: que en caso d	e cobro iudicial o extra	judicial de este	nagare serán de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha co	branza se ocasionen,	así como el valor del in	nouesto de timbro	e, și hav lugar de
el. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiv	va demanda judicial,	sobre los intereses per	ndientes, debidos	s con un año de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxi	ma tasa fijada para k	a mora. OUINTO: los h	onorarios de abo	gado, en caso de
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, s	e establecen en un	20% sobre el valor de	la obligación má	s sus accesorios.
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos	que causen este pag	aré, quedado al acreedo	or facultando para	a pagarlos por mi
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado	o por CONSORCIO	CLINICA EMMNAUEL	y/o al INSTITU	JTO NÁCIONAL
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMA	NUEL INSTITUTO	DE REHABILITACION	Y HABILITAC	ION INFANTIL
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de co	i documento a parte	nemos impartido para	tal efecto, de co	nformidad con lo
Firma(s):	v/o			Fcta
pagaré será llenado por el acreedor, de	conformidad de	la carta de instrucc	iones que se	suscribe hov
			440 50	buserioe 1104
CARTA DE INCIDUOTONIO				
CARTA DE INSTRUCCIONES	PARA LLENAR PAC	GARE CON ESPACIOS	EN BLANCO	
Bogotá, D.C., yo,	***	ing and the second seco	ant 194 Historian Bandar	y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,				
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firm	nas, autorizamos a C i	ONSORCIO CLINICA I	EMMNAUEL v/o	al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.,	v/o EMMANUEL II	NSTITUTO DE REHAB	TITACION Y I	HARTI TTACTON
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanc	co del pagare disting	uido con el No.	5.5	que en la
recha nemos suscrito a favor de CLINICA EMN	4NAUEL CONSORC	IO v/o al INSTITUTO	D NACIONAL D	E DEMENCIAS
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	DE REHABILITACI	ON Y HABILITACION	INFANTIL S.A.	S conforme con
las siguientes instrucciones:		•		
1.El valor del capital será la suma total que por	hospitalización, consu	ilta prioritaria y hospita	l día, servicios p	restados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, o	daños ocasionados a	la institución (bienes n	nuebles e inmuel	bles), copagos y
cuotas moderadores y demás gastos que se haya	incurrido por conce	pto de la permanencia	en el CONSO	RCIO CLINICA
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL I	DE DEMENCIAS E	MANUEL S.A.S., y/o	EMMANUEL I	NSTITUTO DE
Paciente LINGMA MAY O OVINTERO	HABILITACIO		NTILS.A.S;	del
paciente cinano mana Ovivi el	Oquan	quier	n ingreso	con fecha
Intereses de plazo:				
participation of the second of	r las autoridades mor	ietarias.		
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los o	jastos de las cobranz	as prejudicial y judicial e	en caso de que h	aya lugar a ello.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instruccancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de o	ciones, si ai momenti	o de la salida del pacier	ite ya nombrado	la cuenta no es
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de o	que se naya necno ad	ono a tai cuenta.		
Firma 1 + paciente: (\ \		Nombre	del	paciente:
fillialliania sa lyman .	i ,	:	401	paciente
E.C.: 40, 024, 680	de1			
Firma responsable: LIII VICTONO JULIO	ON SURSCOM.			
Mombra dal racconcable		-		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			



FORMATO	PAGARE PARA	PACIENTES HOSPIT	Δ	LTZADOS

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

PAGARE I CARTA DE INSTRUCÇIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Lillo VIO OVIO OUIO OUIO.
Cedula de ciudadanía: 40.024.686
Estado Civil: CUSUCC.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
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: A. 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. B. 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. 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 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.
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.
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Hombres 1110 1111 0 0000000000000000000000000