Charles Indiana

aa:<u>...1143023</u>

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

PAGARE No. Yo/nosotros: .y/o_ do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de 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 en adelante simplemente el acreador, por la cambidad Por capital: Por intereses de plazo: intereses de mora: a la múxima autorizada por i Por utoridade dastos: Por obligamos a pagar dicha suma da Nos us oficiri no. 142-63, o en su orden, o al tenedor de este pagare SEGUNDO: que a partir de esta f<u>esi</u> Jos gar a la tasa de máxima autorizada por las aut aso de o esta pagare serán de ruestro cargo los gastos pen, así comi ibre, si hay iugar de el. CUARTO: a partif tal, sobre los anterioridad o más, g idos con un año de ia la mora, **QUII** arregio directo o_{st}a agado, en caso de ก็บก 20% sobre el SEXTO: que serán d Sus accesorios. estos que causen este pagaré, quedado al a pagarlos por mi cuenta si fuere neor Renado por CONSORCIO CLINICA EMMI TO NACTONAL DE DEMENCIAS MMANUEL INSTITUTO DE REHABILI IN INFANTIL S.A.S de conformid Migento a partech formidad con to dispuesto en el artil cio. Firma(s): 基 y/o Este pagaré será lléñado conform carta suscribe hov CAR IONES PARA LLE PAGARE CON ESPÍ Vico Bogotá, D.C., vo. Nosotras, identificado(s) como aparece al gl firmas, autorizamos a CONSORCIO EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS E MMANUEL INSTITUTO. BILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para flener los esp pagare distingi fecha hemos suscrito a favor de EO MERO TTUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL CION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total hospital día, servicios prestados por los médicos adscrités a la institución, medicam bienes muebles e inmuebles), copagos y cuotas moderadores y demás gastos que si rmanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMMAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; dei paciente œuien. ingreso con fecha Intereses de plazo; Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarías. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gestos 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 candidaden su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma Nombre Daciente: C.C,: Firma responsable: 🛌 Nombre del responsable:

Classic Inde

		_		
FORMATO	DACABE	DADA	DACTEMPRO	HOSPITALIZADOS
OWNER	PAGARE	PAKA	LUCTEU 152	HUSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

		,
Original: 29/06/2017	Versión: 01	-
Actualización://	Página ² de 2	2

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

parties de quiernes de quiernes) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres:
Cedula de ciudadania:
Estado Civil:
Parentesco o calidad en la que activir de la companya de la compan
Empresa empleadora:
Dirección:
Teléfono(s):
Trabajador independier /
Dirección:
Telefono(s):
Declaro que la iniun CONSORCIO CETA ALLE EL TTO NACIONALIO DE NOT SUPERIOR DE PROPERTOR DE PRO
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi de como estre de la información suministrada en veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de 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 indicerme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de m 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 leido cuidadosamente el contenido de esta ciáusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres Francisco Ernes-lo Ruesto (Foolive) C.C.: 11 430 233





FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR = TMRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página ³ de 2

