Conserved Englishment | Philipped Parkers | Ph

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

	Λ			
Yo/nosotros Dry Vilia Ma	vhnazo	PAGARE No.	1825 B	
do(s) como aparece al pie de mi (nu		y/0	os doudoros in	identifica
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/	o al INSTITUTO NACION	IAL DE DEMENCIAS EM	ANIIFI SAS 1	Condicionales de
INSTITUTO DE REHABILITACION Y H	ABILITACION INFANTIL	S.A.S en adelante simpler	nente el acreedo:	r, nor la cantidad
de:			TOTAL OF ACTORDO	i, por la curidad
Por capital:				
Por intereses de plazo:				Poi
intereses de mora: a la máxima autorizad	la por las autoridades mon	etarias:		Poi
otros gastos:				Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al	acreedor en sus oficinas de	Bogota D.C., en la Carrer	a 22 no. 142-63,	o en su orden, c
al tenedor de este pagare, el día	ae	del ano	SEC	GUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las oblig	aciones insultas y los gasi	tos pagaremos intereses i	noratorios a la 1	tasa de máxima
autorizada por las autoridades monetarias nuestro cargo los gastos y costos que por	dicha cobranza so ocaciono	de cobro judicial o extra	judicial de este	pagare serán de
él. CUARTO: a partir de la fecha de la	tesnectiva demanda judici:	il, asi como el valor del im	puesto de timbre	, si hay lugar de
anterioridad o más, pagaremos intereses a	la máxima tasa filada nara	la mora OHINTO los he	uientes, debidos	con un ano de
arreglo directo o de pago a la etapa prej	udicial, se establecen en u	1 20% sobre el valor de l	a obligación más	jauu, en caso ue s sus accesorios
SEXTO: que serán de nuestro cargo los im	npuestos que causen este pa	agaré, quedado al acreedo	r facultando nara	nagarlos por mi
cuenta si luere necesario. Este pagare ser	á llenado por CONSORCIO) CLINICA EMMNAUEL 🔻	v/o ai INSTITU	TO NACTONAL
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/c	> EMMANUEL INSTITUT(DE REHABILITACION	Y HABILITACI	TON INFANTIL
S.A.S de conformidad con las instruccione	s que en documento a par	te hemos impartido para t	al efecto, de con	nformidad con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del cóc	ligo de comercio.	,	1.1	
Firma(s):	v/o			Este
pagaré será llenado por el acreedo	or, de conformidad de	la carta de instrucci	ones, que se	suscribe hov
			 	
CARTA DE INSTRUC	CIONES PARA LLENAR PA	AGARE CON ESPACIOS E	N BLANCO	
			and the second s	
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,				y/o
identificado(s) como aparece al pie de nues	stras firmas, autorizamos a	CONSORCIO CLINICA E	MMNALIEL 1/0	al INCTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S., v/o EMMANUEL	INSTITUTO DE REHAR	II ITACION V H	IARTI TTACTON
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios	en blanco del pagare distir	rauido con el No.		que en la
recha nemos suscrito a favor de CLINI	CA EMMNAUEL CONSOR	CIO v/o al INSTITUTO	NACTONAL DI	F DEMENCIAS
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INST	(ITUTO DE REHABILITA)	CION Y HABILITACION	INFANTIL S.A.	S conforme con
las siguientes instrucciones:	•			
1.El valor del capital será la suma total qu	ie por hospitalización, con	sulta prioritaria y hospital	día, servicios pr	estados por los
médicos adscritos a la institución, medican	nentos, danos ocasionados	a la institución (bienes m	uebles e inmueb	les), copagos y
cuotas moderadores y demás gastos que	se naya incurrido por con	cepto de la permanencia	en el CONSOR	CIO CLINICA
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACI REHABILITACION /// Y	HABILITACIO	EMANUEL S.A.S., y/o	EMMANUEL IN	
paciente John / Helver W	UNIOZ A DETUN	OB quien	NTILS.A.S;	đel
() () () ()	THE THE THE	quien quien	ingreso	con fecha
Intereses de plazo:				
2. Intereses de mora a la máxima tasa pern	nitida por las autoridades m	onetarias.		
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pa	igar los gastos de las cobrai	nzas prejudicial v judicial e	n caso de que ha	va lugar a ello
El pagare será llenado de acuerdo con esta:	s instrucciones, si al mome	nto de la salida del pacieni	te ya nombrado l	la cuenta no es
cancelada en su totalidad, o por el saldo en o	caso de que se haya hecho	abono a tal cuenta.	,	222 110 00
Firma paciente:		A1 1		_
Lewis Will I	<u> </u>	Nombre	del	paciente:
c.c.:4/)20/999	de 12050179) .		
Firma responsable:	uc <u></u>	······································		
Mombra dal reconcebba				



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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 Y CARTA DE INSTRUCCIONES			
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres: Jon Julio Nortino 2 G Cedula de ciudadanía J. 720. 939 Mona Estado Civil: Dottore Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Jove Empresa empleadora: Dirección: Livi 4 Bus 19 432-35 Teléfono(s): 28 36 81- 311 214 92 53. Trabajador independiente (profesión u oficio): 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 DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINAUEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL Y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL Y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL Y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL Y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL Y (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENDIA EL ENTREDICAS ENAMINALEL Y (o al INSTITUTO NA			
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 139 139 139 139 139 139 139 139 139 139			