FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Consucto Clinica Emmanuel Versión: 01 Original: 29/06/2017 nde permencias FR - THRL - 04 Página 2 de 2 Elimin Actualización: --/--/

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

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CLIVAN PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: Toly Cardina Hernandez classo
Nombres: John Carolina Harnanise Cossos Cedula de ciudadanía: 1072 648105
Estado Civil:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Empresa empleadora: 500 000 000 000 0000 0000 0000 0000 0
Pireción: Desedo botaco sobre la novena Carici
Teléfono(s): 3138548608 Trabajador independiente (profesión u oficio): Auxuliar de Enfameria
Telefolio(s)
Dirección:
Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a declaro de la consentimiento de expreso e irrevocable de la consentimiento de expreso e irrevocable de la
CONSORCIO CLINICA ELIMINATICA
 Reportar a las centrales de linormación de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contentar sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contentar sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como tal forma que éstas presenten una información significativa. C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la Enviar la información mencionada a las centrales que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que 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. Enviar la información de riesgo 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 mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros
públicos, bases de datos publicas o deservadas. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información, a exigir su veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de información de la obligación 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 de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi
para fines diferentes, primero, de constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes, primero, de cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes, primero, de cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes, primero, de cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes, primero, de cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales regales y, tercero, a públicas competentes el cumplimiento de ellas.
Declaro haber leido cuidadosamente di contenta sus alcances y sus implicaciones. Nombres <u>Toly Carolina Hernarde 2 clavijo</u> C.C.: <u>1072648105</u> Firma: <u>Cavalina Hace-</u>



FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Yo/nosotroe: *	PAGA	RE No.	1672 B	7
Yo/nosotros: *Cacolina Hernandez do(s) como aparece al pie de mi (puestras) firma(s) dodorno	y/o			identific
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaram CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACION INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTALIA				
	SAS en adelante	AS EMAN	JEL S.A.S., y	O EMMANUE
	SIAIS CIT adelatite	simplemen	te el acreedor,	por la cantida
				D.
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades mone	etarias:			P(
oli os gastos:				No
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de al tenedor de este pagare, el día	Bogotá D.C., en la	a Carrera 22	no. 142-63, o	en su orden.
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para arreglo directo o de pago a la etana prejudicial, se estableces en un	la mora. QUINTO	: los honor	arios de aboga	do, en caso d
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a part dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comprese	DE REHABILIT	ACION Y	HABILITACIO	ON INFANTI
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	e nemos impartido	para tal e	fecto, de confo	ormidad con l
Firma(s):				Ect
r and additional de comormidad de	ia carta de li	nstrucciones	s. que se	suscribe box
	4 1-3 × 3			suscribe 110)
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PA				
De 1/2 a	GARE CON ESPA	CIOS EN B	LANCO	
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros.				1/0
				y/o
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a (ONSORCIO CLIN	VICA EMM	NAUEL v/o al	INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y/O EMMANUEL I	INSTITUTO DE R	REHABILIT	ACION Y HA	BILITACION
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITAC las siguientes instrucciones:	ION Y HABILITA	CION INF	ANTIL S.A.S	conforme con
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, cons médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a cuotas moderadores y demás gastos que se hava incursido por sono	ulta prioritaria y h	ospital día,	servicios pres	tados por los
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por conce	i la institución (bie	enes mueble	es e inmuebles	s), copagos y
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS E REHABILITACION Y HABILITACIO	epto de la permar	nencia en e	CONSORC	IO CLINICA
REHABILITACION Y HABILITACIO	MANUEL S.A.S.,	y/o EMN	MANUEL INS	
paciente , Andres Felipe Quiraga H		INFANTIL		del
- Cotohic do 2010	Command E	quien	ingreso c	on fecha
Intereses de plazo:	girk gardinin			
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mo	netariac	- 10 · - 10	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
isi mismo me (nos) obligo (obligamos) a nagar los gastos do las cobran-	and mush district	dicial on an		
		nacionto va	o de que naya	lugar a ello.
ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho al	nono a tal cuenta	paciente ya	nombrado la d	cuenta no es
	a tar cucilla,			
irma paciente:	Nom	bre	del	paciente:
.C.:				p == 2.01.1001
irma reconstitution de				
ombre del responsable. * O				
C::				