EMANUEL nde Erwine

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Yo/nosotros: Melissa Natalia Aria 602min y/o PAGA	RE No.	1706 B	
Yo/nosotros: Melissa Natalia Hena occiman y/o			identifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: o			
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENC			
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante	: simplemen	te el acreedoi	, por la cantidad
de:			
Por capital:			
Por intereses de plazo:			Po Po
•			
otros gastos:	a Carrora 3	2 no. 142 62	
al tenedor de este pagare, el díadedel a			
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos in			
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial			
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valo			
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los interes			
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINT			
arreglo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el v			
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al			
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMM DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI			
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartic			
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	io para tar e	siecto, de coi	normaaa con ic
Firma(s): y/o pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de			Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de	instruccione	es, que se	suscribe how
	<u>, 17 deced</u>		·
		s elimina em e	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESP			
Bogotá, D.C., yo, Melissa Nortalia Pera German			y/o
Nosotros,	, N. j	4	
identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CL	INICA EMN	MAUEL v/o	al INSTITUTO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE			
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.			
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INS			
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILI			
las siguientes instrucciones:			
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y	hospital dí	a, servicios p	restados por los
médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muel	bles e inmuel	oles), copagos y
cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la perm	anencia en	el CONSO	RCIO CLINICA
EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.			
REHABILITACION , I Y O HABILITACION	INFANT	ILS.A.S;	de
paciente Dige Andes Year Corina	quien	ingreso	con fecha
1. Intereses de plazo:			
2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.			
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y	judicial en d	aso de que h	aya lugar a ello.
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida d	el paciente	ya nombrado	la cuenta no es
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuent	3.		
Firma paciente:N	ombre	del	paciente:
$\frac{1}{2}$			
C.C.:de			
Firma responsable: /// W			
Nombre del responsable: Mehrsa Peña			***************************************
C.C.: 1-032 409. 834 de Bogstd			

Consider Charles Charl

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Hombres: Melissa Natalia Peña 64cmán
Cedula de ciudadanía; <u>1. 032 - 404 . 839</u>
istado Civil: Soltera
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Hill mang
impresa empleadora:
Dirección:
eléfono(s):
rabajador independiente (profesión u oficio): Productora Adrousing - Auxiliar en funcas
Dirección: <u>Cra 81 B # 196-85</u>
elefono(s): 294 40 4 5
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL NSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito olicitado, 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.
a autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación e indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi etición.
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada ara fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades úblicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, nediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
eclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo us alcances y sus implicaciones.
ombres Melissa Natalia Pera Grango
.c.: 1032. 404 - 834
rma: M/A/I