Conserved Enthulia Indelegation of Indelegatio

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

	- Ad. 1	- <i>ke</i>	PAGA	RE No.	1814 B		
Yo/nosotros: () Uto	10 Maria	g. M.	y/o				identifica
do(s) como aparece al i	ne de mi (nuestras)	firma(s), declaramo	os: PRIMERO: q	ue somos	deudores	incondicio	nales de
INSTITUTO DE REHABI	ITACION Y HARII IT	ACION INFANTII	AL DE DEMENCI	AS EMAN	uel S.A.S.,	y/o EMI	MANUEL
de:	ATTOON TO THE PERSON	ACION IN ANTIL	SiAiS en adelante	simplemen	ite ei acreec	ior, por la	cantidad
Por capital:							
Por intereses de plazo:				· · ·			Por
Por intereses de plazo:intereses de mora: a la m	áxima autorizada por la	as autoridades mone	etarias:				Por
943(03,							Nice
obligamos a pagar dicha su	ma de dinero al acreed	or en sus oficinas de	Bogotá D.C., en la	Carrera 2	2 no. 142-6	3. o en su	orden o
al tenedor de este pagare,	el día	de	del ai	ño	S	EGUNDO): que a
partir de esta fecha, s	obre las obligaciones	insultas y los gast	os pagaremos int	ereses mo	ratorios a la	tasa de	mávima
autorizada por las autorida	des monetarias. TERC	ERO: que en caso	de cobro iudicial o	extra iuc	licial de este	nagare o	serán de
nuestro cargo los gastos y	costos que por dicha co	obranza se ocasioner	n, así como el valo	r del impu	esto de timb	re, si hav	lugar de
el. CUARTO: a partir de	la fecha de la respecti	va demanda judicia	 sobre los intere 	ses pendie	ntes, debido	os con un	año de
anterioridad o más, pagare	mos intereses a la máxi	ima tasa fijada para	la mora. QUINTO	: los hono	rarios de ab	ogado, en	caso de
arregio directo o de pago	a la etapa prejudicial, :	se establecen en ur	i 20% sobre el va	lor de la d	bligación m	ás sus aco	cesorios.
SEXTO: que serán de nues	tro cargo los impuestos	que causen este pa	igaré, quedado al a	acreedor fa	icultando na	ra pagarlo	s nor mi
cuenta si fuere necesario. I	Este pagaré será llenad	o por CONSORCIO	CLINICA EMMN	AUEL V/	al INSTI1	UTO NAC	CIONAL
DE DEMENCIAS EMANU	EL S.A.S., y/o EMM/	ANUEL INSTITUTO	DE REHABILIT	ACION Y	HABILITA	CION IN	FANTIL
S.A.S de conformidad con	las instrucciones que e	n documento a part	e hemos impartido	para tal	efecto, de c	onformida	d con lo
dispuesto en el artículo 622,	inciso 2 del código de e	comercio.					
Firma(c)		v/o					
Firma(s): pagaré será llenado po	or al acroador do	y/U	la coute de l			 .	Este
pagare sera heriado pe	ii ei acreedor, de	comormidad de	ia carta de i	nstruccion	es, que s	e suscrit	e hoy
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
CARTA	DE INSTRUCCIONES	S PARA LLENAR PA	AGARE CON ESPA	CIOS EN	BLANCO		
Bogotá,D.C.,yo, 12- Nosotros,	12./18	•					
Nosotros	(2 170				10 (1 4 N		y/o
dentificado(s) como aparec	a al nio do nuestras fire	mac autorizamen e	CONCORCIO OLI	NITOA ELI	751011H4 7		
NACIONAL DE DEMENCI	AS FMANHEL SAS	WAS EMMANUEL	TNETITUTO DE I	NICA EMI	TACION Y	o al INST	TITUTO
INFANTIL S.A.S para llen	ar inc penacine on blan	y/O EPINANUEL	THRETTINIO DE I	KEHABILI	TACION Y	HARILI	ACION
echa hemos suscrito a fav	or de CLINICA EM I	MNATIFI CONSOD	rguido con en 190 CTO 17/0 al INCI	TITUTO N	ACYONAL	qu	ie en la
EMANUEL S.A.S., y/o EM	MANUEL INSTITUTO	DE REHARILITAC	CIO Y/O AI 1145 YON V HARIITT	ACTON TN	EANTE C	DE DEME	NCIAS
as siguientes instrucciones:		DE KENADIETIAC	JON I HABILITA	ACTOM IN	LWILLT 2"	4.5 Confor	me con
L.El valor del capital será la	suma total que por	hospitalización con	sulta prioritaria v	hocnital dí	a convicios	proctados	nor los
médicos adscritos a la instil	ución, medicamentos.	daños ocasionados	a la institución (h	ienes mual	a, scivicios blac a inmu	prestauos phloc) cor	por ios
cuotas moderadores y dem	ás gastos que se hava	incurrido por conc	ento de la nerma	inencia en	oles e militale el CONSC	DCIO CI	INICA
EMMNAUEL y/o al INS	TITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAS	EMANUEL S.A.S	v/o FN	AMANIIFI	INSTITU	TO DE
REHABILITACION	Y	HABILITACIO	ON	INFANT	ILS.A.S;	11131110	del
paciente	•			guien	ingreso	con	fecha
				quicit	iiigi 030	CON	recita
Intereses de plazo:							
Intereses de mora a la m	áxima tasa permitida po	or las autoridades mo	onetarias.	,			
Así mismo me (nos) obligo (ıdicial en c	aso de aue	hava lugar	r a ollo
El pagare será llenado de ad	uerdo con estas instruc	cciones, si al momer	nto de la salida del	naciente:	aso ue que va nombrad	naya nugar N Is cuanti	a ello.
ancelada en su totalidad, o	por el saldo en caso de	que se hava hecho a	abono a tal cuenta	paciente	ya nombiaa	J la Caerila	a no es
	P	AI	A 1				
irma paciente:	170gcx	HIONSO	<u>Malpico</u> Nor	nbre	del	pa	iciente:
10000			ι			, ,	
.c.: <u>7982466</u>	Y//\	_ de	···		•		40.554
firma responsable:	エナカ ノ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						
Vombra dal recognizabler	Ovidio Malpi	· — · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		. ,	<u> </u>	· .	1.1

Entrait indeligation

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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 ganorales de guion(as) va(n) a guestihir magre y sente de instrucción							
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: Nombres:							
Cedula de ciudadanía: 79824664.							
Estado Civil: Union libre							
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: Pady C							
Empresa empleadora: <u>Haguseucio</u> Posca.							
Dirección: Cra, 69c Nº 27-28 SUN Barrio carvajal, Bogota							
Teléfono(s): 3885231							
Trabajador independiente (profesión u oficio):							
Dirección:							
Telefono(s):							
 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.							
Nombres Ovidio Malpica M.							
Nombres Ovidio Malpica M. C.C.: 79824664.							