Candorcio Emmanuel Emmanuel Instituto Nacional de Pemencas tranuel

Página 2 do 2

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Ori	gina	1:	29	/06/	/20:	17
200	1072					

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

Yo/nosotros: * Uga Jucia Bastidas	Cortes VO	identifica
do(s) como aparede al pie de mi (nuestras) firm	a(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores in	condicionales de CONSORCIO
PETIATON EMIMINANCE A/O SI TINZITI I I I I	ACIONAL DE DEMENCIAS FMANIIFI S A S V/	EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION IN	IFANTIL S.A.S en adelante simplemente el ad	creedor, por la cantidad de
		Pol
apital:	Alexander of the second of the	Po
ntereses de plazo:		Po
ntereses de mora: a la máxima autorizada p	or las autoridades monetarias:	chine aug at an habiten o enPo
tros gastos:	and the second s	No
bligamos a pagar dicha suma de dinero al acr	eedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 2	22 no. 142-63, o en su orden, o
l tenedor de este pagare, el día	de del año	SEGUNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones	insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios	a la tasa de máxima autorizada
por las autoridades monetarias. TERCERO: qui	e en caso de cobro judicial o extra judicial de este na	nare serán de nuestro cargo los
lastos y costos que por dicha cobranza se ocas	onen, así como el valor del impuesto de timbre, si ha	V lugar de él CHARTO: a partir
ie la recha de la respectiva demanda judicial, s	obre los intereses pendientes, debidos con un año de	anterioridad o más nagaremos
itereses a la maxima tasa fijada para la mora. I	DUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arre	ala directo o de nago a la etana
rejudicial, se establecen en un 20% sobre el	valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO:	que serán de nuestro cargo los
npuestos que causen este pagaré, quedado al	acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fu	ere necesario. Este nagaré será
enado por CONSORCIO CLINICA EMMNA	UEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMEN	CTAS EMANUEL SAS VIO
MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITAC	ON Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de confor	midad con las instrucciones que
n documento a parte hemos impartido para tr	al efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artíc	rulo 622 inciso 2 del código de
omercio.		
000000000000000000000000000000000000000	(x), An les centrales de riesgo toda la información rel co a cara valorar el riesgo futuro colym <u>cederme un</u>	Consular, epichalopier fizir
irma(s): + ygob cen hartidas 1.	a comparation with a south a south to seveler south a por	
E / Land Land	THE COURSE OF TH	Este
agaré será / llenado / por el acreedor,	de conformidad de la carta de instruccion	es, que se suscribe hoy
pagare sera//lenado/ por el acreedor,	de conformidad de la carta de instruccion	es, que se suscribe hoy
CARTA DE INSTRUCCIO	de conformidad de la carta de instruccion	BLANCO
CARTA DE INSTRUCCIO Sogotá, D.C., yo,	de conformidad de la carta de instruccion	BLANCO y/o
CARTA DE INSTRUCCIO cogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece al pie de nuestras	de conformidad de la carta de instruccion NES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN S firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM	BLANCO MNAUEL V/O al INSTITUTO
carra de instruccio cogotá, D.C., yo, losotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras lacional de demencias emanuel s.a	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN Sifirmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION
carra de instruccio cogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras laCIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A. NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION Que en la fecha
CARTA DE INSTRUCCIO Ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A. NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el NoUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS FMANUEL
CARTA DE INSTRUCCIO Ogotá, D.C., yo, Osotros, Ientificado(s) como aparece al pie de nuestras IACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REI	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el NoUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS FMANIFI
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá,D.C.,yo, osotros, dentificado(s) como aparece al pie de nuestras l'ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAI .A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REP istrucciones:	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. UEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes
CARTA DE INSTRUCCIO Ogotá,D.C.,yo, Osotros, Hentificado(s) como aparece al pie de nuestras IACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla PERMANUEL INSTITUTO DE REP Estrucciones: JEI valor del capital será la suma total que por	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. UEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. Nospitalización, consulta prioritaria y hospital día, serv	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes
CARTA DE INSTRUCCIO sogotá,D.C.,yo, losotros, dentificado(s) como aparece al pie de nuestras IACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAI S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REI instrucciones: .El valor del capital será la suma total que por l dscritos a la institución, medicamentos, daño	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A DOSPITAI DE CONSORCIO CONSULTA PRIORITA Y HOSPITAI DE CONSORCIO DE CONSORCIO Y HABILITACION INFANTIL S.A DOSPITAI DE CONSORCIO DE CONSULTA PRIORITA Y HOSPITAI DE CONSORCIO CONSORCIO CLINICA EM LA CONSORCIO DE CONSORCIO CLINICA EM LA CONSORCIO CLINI	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles) conagos y cuptas
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá, D.C., yo, osotros, dentificado(s) como aparece al pie de nuestras l'ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN estrucciones: El valor del capital será la suma total que por discritos a la institución, medicamentos, daño loderadores y demás gastos que se haya incu-	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN SITUADO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DOSPITALIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas RCIO CLINICA EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá,D.C.,yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras lACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAI A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN strucciones: LEI valor del capital será la suma total que por la discritos a la institución, medicamentos, daño oderadores y demás gastos que se haya incu //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. "UEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A DIOSPITALIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e crido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO I	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas RCIO CLINICA EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIO Dogotá, D.C., yo, Dosotros, Dentificado(s) como aparece al pie de nuestras ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla DEMENCIAS EMANUEL S.A DEMOS SUSCRITO A favor de CLINICA EMMNA DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REP DESTRUCCIONES: El valor del capital será la suma total que por DISCRITOS A la institución, medicamentos, daño DISCRITOS A la INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA DE	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. L'ABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DISPOSSIBILIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e crido por concepto de la permanencia en el CONSCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas RCIO CLINICA EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIO Dogotá, D.C., yo, Dosotros, Dentificado(s) como aparece al pie de nuestras ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REN STRUCCIONES: El valor del capital será la suma total que por discritos a la institución, medicamentos, daño oderadores y demás gastos que se haya incui lo al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA BILITACION INFANTILS.A.S; del paci	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. L'ABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DISPOSSIBILIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e crido por concepto de la permanencia en el CONSCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas PRCIO CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIO cogotá, D.C., yo, cosotros, centificado(s) como aparece al pie de nuestras ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla cemos suscrito a favor de CLINICA EMMNA A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN strucciones: El valor del capital será la suma total que por la discritos a la institución, medicamentos, daño coderadores y demás gastos que se haya incu y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO ABILITACION INFANTILS.A.S; del pac uien ingreso con fecha Intereses de plazo:	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. L'EL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A nospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e crido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas PRCIO CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras laCIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A. NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA LA.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN strucciones: El valor del capital será la suma total que por la discritos a la institución, medicamentos, daño doderadores y demás gastos que se haya incu lo al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENC ABILITACION INFANTILS.A.S; del pac uien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitic	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DIOSPITALIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas inmuebles), copagos y cuotas inmuebles) copagos y cuotas inmuebles copagos y cuotas inmu
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá, D.C., yo, osotros, dentificado(s) como aparece al pie de nuestras l'ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A. NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN estrucciones: El valor del capital será la suma total que por la discritos a la institución, medicamentos, daño doderadores y demás gastos que se haya incu lo al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO ABILITACION INFANTILS.A.S; del pac uien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitic si mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DI OSPITALIZACION, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas inmuebles), copagos y cuotas inco CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAI A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REI strucciones: El valor del capital será la suma total que por discritos a la institución, medicamentos, daño oderadores y demás gastos que se haya incu //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO ABILITACION INFANTILS.A.S; del pac ulen ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitic si mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar agare será llenado de acuerdo con estas insti	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. LUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DI OSPITALIZACION, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE. Ida por las autoridades monetarias.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas inmuebles), copagos y cuotas inco CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAI A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REI strucciones: El valor del capital será la suma total que por discritos a la institución, medicamentos, daño oderadores y demás gastos que se haya incu //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO ABILITACION INFANTILS.A.S; del pac ulen ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitic si mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar agare será llenado de acuerdo con estas insti	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAN, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. LUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. DI OSPITALIZACION, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE. Ida por las autoridades monetarias.	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas iracio CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y aso de que haya lugar a ello. El ya nombrado la cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIO cogotá, D.C., yo, cosotros, cosotros a parece al pie de nuestras cos cosotros em bla company cosotros em bla company cosotros em bla cosotros cosotros,	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAS, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. INCOMPANDA DE CONSORCIO DE CONSORC	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas rCIO CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y aso de que haya lugar a ello. El ya nombrado la cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIO Sogotá, D.C., yo, Josotros, Jentificado(s) como aparece al pie de nuestras IACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla Jemos suscrito a favor de CLINICA EMMNA S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN Instrucciones: Lel valor del capital será la suma total que por doscritos a la institución, medicamentos, daño noderadores y demás gastos que se haya incu- //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO IABILITACION INFANTILS.A.S; del pac uien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitic sí mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar agare será llenado de acuerdo con estas insti ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso irma paciente:	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAS, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A PROSPITATIVA CONSULTA PRIORITATIVA DE ORGANIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE. Dia por las autoridades monetarias. Ilas por las autoridades monetarias. Ilas gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en carucciones, si al momento de la salida del paciente de que se haya hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas inmuebles), copagos y cuotas inco CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIO ogotá, D.C., yo, losotros, lentificado(s) como aparece al pie de nuestras l'ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REI listrucciones: El valor del capital será la suma total que por lo discritos a la institución, medicamentos, daño loderadores y demás gastos que se haya incu //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO ABILITACION INFANTILS.A.S; del pac uien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitic sí mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar agare será llenado de acuerdo con estas insti ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso rma paciente: C.: // / / / / / / / / / / / / / / / / /	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAS, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A. INCOMPANDA DE CONSORCIO DE CONSORC	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas iracio CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y aso de que haya lugar a ello. El ya nombrado la cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIO cogotá, D.C., yo, cosotros, contificado(s) como aparece al pie de nuestras l'ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A. NFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bla emos suscrito a favor de CLINICA EMMNA L.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REN estrucciones: El valor del capital será la suma total que por discritos a la institución, medicamentos, daño doderadores y demás gastos que se haya incu- y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENO ABILITACION INFANTILS.A.S; del pace uien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitica si mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar agare será llenado de acuerdo con estas insti ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso	MES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN GIRMAS, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EM L.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIL INCO del pagare distinguido con el No. DEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A PROSPITATIVA CONSULTA PRIORITATIVA DE ORGANIZACIÓN, consulta prioritaria y hospital día, servos ocasionados a la institución (bienes muebles e prido por concepto de la permanencia en el CONSO IAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUENTE. Dia por las autoridades monetarias. Ilas por las autoridades monetarias. Ilas gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en carucciones, si al momento de la salida del paciente de que se haya hecho abono a tal cuenta. Nombre del paciente:	BLANCO MNAUEL y/o al INSTITUTO ITACION Y HABILITACION que en la fecha DE DEMENCIAS EMANUEL S conforme con las siguientes icios prestados por los médicos inmuebles), copagos y cuotas rCIO CLINICA EMMNAUEL TO DE REHABILITACION Y aso de que haya lugar a ello. El ya nombrado la cuenta no es

Connorcio Chrica e Inde Demencias Emanuel FR —

Página 1 de 2

FORMATO	PAGARE PARA	PACIENTES	HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

29/06/2017	
C 99	

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

e de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIO	do(s) como aparede al pia
Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:	
Nombres: Olga fercia Borstidas Cisianis suislebe ne 2.4.2 III MARINI MOIDATIRISAN	Y PRIJEWALENDAMINE
Cedula de ciudadanía: 35 474 315	capital:
Estado Civil: <u>Casarda</u>	intereses de plazo:
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:	Copped Society
Empresa empleadora:	
Dirección: de dia se dia de di	al tenedor de este pagar
Teléfono(s): due smixèm ab eset el sistemble la estada de la managa de la sur sen accididad del sido	Dartur de esta Techa, s Aor las autordiados, mous
Dirección: Chia Werda la Balson Dector los funtas	gastos y costos que por d de la fecha de la respe <u>cti</u>
Telefono(s): 311 562 3782	intereses a la manuna cas
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solic	I TNETTTUTO DE
A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer m deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.	i desempeño como
 Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimer sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de conter tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información signi C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con 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 enecesario 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 emis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo hava entregado o que comis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo hava entregado o que comis relaciones. 	nido patrimonial de i desempeño como ificativa. intermedio de la el fin de que estas durante el periodo
públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la informació veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exi y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obliga cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi pel	rigir su rectificación
La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las au competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, matemáticos, conclusiones de ellas.	n mencionada para
CO OII DIJUNO DI ONDIGIURI DI STENDENI DE REURO DI NA RELIGIORI DE LE PERIODE DE LA PROPERTIDI DE STENDENI DE STEN	or la cual entiendo
Nombres Clarkein Bast das	:0:
C.C.:	irma responsable:
Firma: Olombeein Berbilan &	C:V37 454 311