

FR – THRL – 04

Original: 29/06/2017

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

. Λ <i>l</i>	_ ~		N.	PAGAR	E No.	1790	
Yo/nosotros: M	Darve (DirogaAr	ralo	y/o			identifica
		(nuestras) firma(s),					
		. y/o al INSTITUTO					
		Y HABILITACION		I.S en adelante s	simplemente e	l acreedor, p	or la cantidad
de:							
Por capital:					·		
Por intereses de pi	azo:	rizada por las autorio	4-4		,		Por
		rizada por las autori	dades monetar	las:		7	Por
otros gasto	os:	ero al acreedor en sus	oficinas do Re	anti D.C. on la	Carrara 33 na	142.62.00	Nos
ouligamos a pagar	uicha suma de dine	de	oricinas de bo	yota D.C., en la	Carrera 22 110	0. 142-03, 0 E	MDO: gue a
al tenedor de este	pagare, ei uia	ae _	<u></u>	uei aii	0	SEGU	NDO: que a
		obligaciones insultas					
		arias. TERCERO: qu					
		por dicha cobranza s					
		e la respectiva dema					
		ses a la máxima tasa					
		prejudicial, se estab					
		os impuestos que cau é será llenado por C					
		y/o EMMANUEL					
		ciones que en docun					
		el código de comercio		нетноз пирагицо	para tai eiec	to, de como	inidad Con io
dispuesto en el alti	.ulo ozz, iriciso z ud	ei codigo de comercio	<i>,</i> .				
Firma(s):		·	y/o			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Este
pagaré será ller	ado por el acr	reedor, de confor	midad de la	a carta de ir	strucciones,	aue se s	uscribe hoy
				e ve je			
		• •			Lind (Article)	- 14	
			LI PALAD DAG	ADE CON ECDA	OTOC PRI DI A	INICO	
	CARTA DE INST	RUCCIONES PARA	LLENAR PAG	ARE CON ESPA	CIOS EN BLA	NCO	
Bogotá,D.C.,yo,		RUCCIONES PARA		ARE CON ESPA	CIOS EN BLA	MCO	y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,		Fig.A Port					
identificado(s) com	o aparece al pie de	nuestras firmas, aut	orizamos a CO	NSORCIO CLI	NICA EMMNA	- AUEL y/o al	INSTITUTO
identificado(s) come NACIONAL DE D	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN	nuestras firmas, aut	orizamos a CO	NSORCIO CLII	NICA EMMNA REHABILITAO	QUEL y/o al	INSTITUTO
identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espa	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o Ei acios en blanco del p	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No	NICA EMMNA REHABILITAC	QUEL y/o al CION Y HAI	INSTITUTO BILITACION que en la
identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espa ito a favor de CI	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No. O y/o al INST	NICA EMMNA REHABILITA TITUTO NAC	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS
identificado(s) come NACIONAL DE DE INFANTIL S.A.S I fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S.,	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espa ito a favor de CI y/o EMMANUEL	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o Ei acios en blanco del p	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No. O y/o al INST	NICA EMMNA REHABILITA TITUTO NAC	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S I fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones:	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO	ONSORCIO CLII ISTITUTO DE F IIdo con el No O y/o al INST ON Y HABILITA	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAR	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S I fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de Cly/o EMMANUEL cciones: al será la suma tot	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO	INSORCIO CLII ISTITUTO DE F IIdo con el No O y/o al INST DN Y HABILITA	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAR Nospital día, s	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S (ervicios pres	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, me	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños c	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul pcasionados a	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F sido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi	NICA EMMNA REHABILITA TITUTO NAC ICION INFAR nospital día, s enes muebles	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscre EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, me s y demás gastos	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o Ei acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul casionados a ldo por concep	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F uido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ICION INFAI nospital día, s enes muebles nencia en el	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles CONSORC	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA
identificado(s) como NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscremanuel S.A.S., las siguientes instructural. El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO 1	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACI lización, consul casionados a do por concep MENCIAS EN	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F uido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAN nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S d ervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE
identificado(s) como NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscremanuel S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO 1	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul casionados a ldo por concep	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F uido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S d ervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS	INSTITUTO BILITACION
identificado(s) como NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscremanuel S.A.S., las siguientes instructural. El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO 1	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACI lización, consul casionados a do por concep MENCIAS EN	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F uido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S d ervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE
identificado(s) como NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscremanuel S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos acuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tot a la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO I	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACI lización, consul casionados a do por concep MENCIAS EN	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F uido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S d ervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS	INSTITUTO BILITACION
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tot a la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO I	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños d que se haya incurri NACIONAL DE DE	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul Decasionados a Ido por concer MENCIAS EN ABILITACION	NSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma MANUEL S.A.S.	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S d ervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS	INSTITUTO BILITACION
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, mes y demás gastos al INSTITUTO I	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y Ha	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO Iización, consul DCASIONADOS A Ido por concer MENCIAS EN ABILITACION Itoridades mon	PINSORCIO CLII ISTITUTO DE F sido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma MANUEL S.A.S.	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC CION INFAN nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMA INFANTILS quien ir	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles CONSORC: ANUEL INS S.A.S; ngreso co	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, mes y demás gastos al INSTITUTO NE CO:	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y Hu	orizamos a CO MMANUEL IN Dagare distingu L CONSORCI HABILITACIO Ización, consul DCASIONADOS A Ido por concep MENCIAS EN ABILITACION Itoridades monde de las cobranza	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F iido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma MANUEL S.A.S. etarias. es prejudicial y ju	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NACI CION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien ir	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles CONSORC: ANUEL INS S.A.S; ngreso o o de que haya	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, mes y demás gastos al INSTITUTO I y co: ra a la máxima tasa obligo (obligamos) do de acuerdo con	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y Hi a permitida por las au n estas instrucciones,	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma MANUEL S.A.S. etarias. es prejudicial y ju o de la salida del	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NACI ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien ir	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles CONSORC: ANUEL INS S.A.S; ngreso o o de que haya	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, mes y demás gastos al INSTITUTO I y co: ra a la máxima tasa obligo (obligamos) do de acuerdo con	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y Hu	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma MANUEL S.A.S. etarias. es prejudicial y ju o de la salida del	NICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NACI ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMM/ INFANTILS quien ir	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles CONSORC: ANUEL INS S.A.S; ngreso o o de que haya	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de Ci y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tot a la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO N l y co: ra a la máxima tasa o obligo (obligamos) ado de acuerdo con alidad, o por el saldo.	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y Hi a permitida por las au n estas instrucciones,	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y I la institución (bi oto de la perma IANUEL S.A.S. etarias. as prejudicial y ju o de la salida del ono a tal cuenta.	TICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC: ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMI INFANTILS quien ir udicial en caso paciente ya r	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S dervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS S.A.S; ngreso o	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha a lugar a ello, cuenta no es
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, mes y demás gastos al INSTITUTO I y co: ra a la máxima tasa obligo (obligamos) do de acuerdo con	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital edicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y Hi a permitida por las au n estas instrucciones,	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST ON Y HABILITA Ita prioritaria y l la institución (bi oto de la perma MANUEL S.A.S. etarias. es prejudicial y ju o de la salida del	TICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC: ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMI INFANTILS quien ir udicial en caso paciente ya r	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S o ervicios presi e inmuebles CONSORC: ANUEL INS S.A.S; ngreso o o de que haya	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos) El pagare será llena cancelada en su tot Firma pa	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de Ci y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tot a la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO N l y co: ra a la máxima tasa o obligo (obligamos) ado de acuerdo con alidad, o por el saldo.	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE y A permitida por las au a pagar los gastos o n estas instrucciones, lo en caso de que se	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y I la institución (bi oto de la perma IANUEL S.A.S. etarias. as prejudicial y ju o de la salida del ono a tal cuenta.	TICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC: ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMI INFANTILS quien ir udicial en caso paciente ya r	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S dervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS S.A.S; ngreso o	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha a lugar a ello, cuenta no es
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos) El pagare será llena cancelada en su tot Firma pa	o aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de Ci y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tot a la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO N l y co: ra a la máxima tasa o obligo (obligamos) ado de acuerdo con alidad, o por el saldo.	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o Ei acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE Y H a permitida por las au) a pagar los gastos o n estas instrucciones, lo en caso de que se	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y I la institución (bi oto de la perma IANUEL S.A.S. etarias. as prejudicial y ju o de la salida del ono a tal cuenta.	TICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC: ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMI INFANTILS quien ir udicial en caso paciente ya r	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S dervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS S.A.S; ngreso o	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha a lugar a ello, cuenta no es
identificado(s) come NACIONAL DE DI INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente 1. Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos) El pagare será llena cancelada en su tot Firma pa	po aparece al pie de EMENCIAS EMAN para llenar los espaito a favor de CI y/o EMMANUEL cciones: al será la suma tota la institución, me s y demás gastos al INSTITUTO N l	nuestras firmas, aut IUEL S.A.S., y/o El acios en blanco del p LINICA EMMNAUE INSTITUTO DE RE tal que por hospital dicamentos, daños o que se haya incurri NACIONAL DE DE y A permitida por las au a pagar los gastos o n estas instrucciones, lo en caso de que se	orizamos a CO MMANUEL IN pagare distingu L CONSORCI HABILITACIO lización, consul passionados a ldo por concer MENCIAS EN ABILITACION ltoridades mon de las cobranza si al momento	PNSORCIO CLII ISTITUTO DE F ido con el No O y/o al INST DN Y HABILITA Ita prioritaria y I la institución (bi oto de la perma IANUEL S.A.S. etarias. as prejudicial y ju o de la salida del ono a tal cuenta.	TICA EMMNA REHABILITAC TITUTO NAC: ACION INFAR nospital día, s enes muebles nencia en el , y/o EMMI INFANTILS quien ir udicial en caso paciente ya r	AUEL y/o al CION Y HAI IONAL DE I NTIL S.A.S dervicios presi e inmuebles CONSORCI ANUEL INS S.A.S; ngreso o	INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con tados por los s), copagos y IO CLINICA TITUTO DE del on fecha a lugar a ello, cuenta no es

Entrative Indel

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