## Files independent

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

 $\mathsf{FR} - \mathsf{THRL} - \mathsf{04}$ 

Original: 29/06/2017 Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

Carolla Vared doc Cathodac	PAGARE No.	[]	
YO/NOSOTROS: COMI O BENOVICES COTTECTS	_y/o		jdentifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: I	PRIMERO: que somos do	eudores incondici	onales de
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL D	E DEMENCIAS EMANUEI	L S.A.S., y/o EM	MANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.	S en adelante simplemente	el acreedor, por la	a cantidad
de:			
Por capital: Por intereses de plazo:			Dor
Por intereses de plazo: intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetaria	c·		Por Por
otros gastos:			Mos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bog	otá D.C., en la Carrera 22 n	o. 142-63. o en si	
al tenedor de este pagare, el díade	del año	SEGUND	O: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos p			
autorizada por las autoridades monotarias. TERCERO: que en caso de c			
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, as			
él. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, so			
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la m			
arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20º			
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causon este pagaró			
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será lienado por CONSORCIO CL			
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE			
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte ho	emos impartido para tai ete	cto, de contormia	ad con to
dispuesto en el artículo 622, inclso 2 del código de comercio.		살 옷 하다	
Firma(s):	*1:		Este
pagaré será ltenado por el acreedor, de conformidad de la	carta de instrucciones,	jque se susc	ribe hoy
<u> </u>		<u> </u>	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGA	·		
	ひに ぐかわ そぐひんぐすかく これ ひと	ARICIN	
+ 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1	RE CON ESPACIOS EN BL	ANCO	
+ 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1	RE CON ESPACIOS EN BL	ANCO	y/o
Bogoká,D.C.,yo,	V		
Bogotá,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN	AUEL y/o al IN	ОТИТІТЕ
Bogotá,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA	AUEL y/o al IN:	STITUTO
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No	AUEL y/o al IN	TITUTO TACION que en la
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No. y/o al INSTITUTO NAC	AUEL y/o al INS CION Y HABILI CIONAL DE DEN	STITUTO STACION Que en la SENCIAS
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No. y/o al INSTITUTO NAC	AUEL y/o al INS CION Y HABILI CIONAL DE DEN	STITUTO STACION Que en la SENCIAS
Bogoká,D.C.,yo,	SORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No y/o al INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA	AUEL y/o al INS ACION Y HABILI CIONAL DE DEN ANTIL S.A.S conf	STITUTO TACION que en la IENCIAS orme con
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA TO CON EL NO. Y/O AL INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA In prioritaria y hospital día,	AUEL y/o al INS ACION Y HABILI CIONAL DE DEN ANTIL S.A.S conf	STITUTO STACION que en la SENCIAS Orme con
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No. y/o al INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA n prioritaria y hospital día, institución (bienes mueble	AUEL y/o al INS ACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o	STITUTO TTACION que en la IENCIAS orme con es por los opagos y
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA TO con el No. Y/o al INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA Institución (bienes mueble o de la permanencia en el	AUEL y/o al INS ACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e Inmuebles), o CONSORCIO	STITUTO STACION Que en la IENCIAS orme con es por los opagos y CLINICA
Bogoká,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA TO con el No. Y/o al INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA Institución (bienes mueble o de la permanencia en el	AUEL y/o al INSTACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e Inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT	STITUTO STACION que en la IENCIAS orme con es por los opagos y CLINICA
Bogotá,D.C.,yo,	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No. y/o al INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA a prioritaria y hospital día, institución (bienes mueble o de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTIL	AUEL y/o al INSTACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e Inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT	STITUTO STACION que en la IENCIAS orme con es por los opagos y CLINICA UTO DE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.Ei valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMA REHABILITACION Y HABILITACION Paciente () O S O NON (COS)	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  TO con el No.  TY Y HABILITACION INFA  TO prioritaria y hospital día,  TO con el No.  TO CONTROL  TO CONTRO	CIONAL DE DEN SCIVICIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e Inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S;	STITUTO STACION que en la IENCIAS orme con es por los opagos y CLINICA UTO DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.Ei valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION Y HABILITACION Paciente () PSO S PONTICLES  1. Intereses de plazo:	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No. y/o al INSTITUTO NAC N Y HABILITACION INFA a prioritaria y hospital día, institución (bienes muebles o de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTIL: quien	CIONAL DE DEN SCIVICIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S;	STITUTO STACION que en la IENCIAS orme con es por los opagos y CLINICA UTO DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma lotal que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ Intereses de plazo:  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  to con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  N Y HABILITACION INFA  a prioritaria y hospital día,  institución (bienes muebles o de la permanencia en el  ANUEL S.A.S., y/o EMM  INFANTIL:  quien	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN ANTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS Orme con es por los opagos y CLINICA UTO DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma lotal que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITA	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  to con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  N Y HABILITACION INFA  institución (bienes muebles o de la permanencia en el  ANUEL S.A.S., y/o EMM  INFANTIL:  quien  arias.  prejudicial y judicial en cas	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS Orme con IS por los Opagos y CLINICA UTO DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguir fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION Paciente 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  y HABILITACION INFA  institución (bienes mueble o de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTIL: quien  acias. prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS Orme con IS por los Opagos y CLINICA UTO DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma lotal que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITA	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  y HABILITACION INFA  institución (bienes mueble o de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTIL: quien  acias. prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS Orme con IS por los Opagos y CLINICA UTO DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.Et valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION PACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento o cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abor	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  to con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  N Y HABILITACION INFA  a prioritaria y hospital día,  institución (bienes muebles  o de la permanencia en el  ANUEL S.A.S., y/o EMM  INFANTIL:  quien  arias.  prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya so a tal cuenta.	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con co de que haya lug nombrado la cuo	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS OTME con es por los opagos y CLINICA UTO DE del fecha er a ello, nta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguir fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incumido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION Paciente 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA lo con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  y HABILITACION INFA  institución (bienes mueble o de la permanencia en el ANUEL S.A.S., y/o EMM INFANTIL: quien  acias. prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con co de que haya lug nombrado la cuo	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS Orme con IS por los Opagos y CLINICA UTO DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para fienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma lotal que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepte EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION paciente //OSCOS BONOCIOS  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento o cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abor Firma paciente:  C.C.:	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  to con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  N Y HABILITACION INFA  a prioritaria y hospital día,  institución (bienes muebles  o de la permanencia en el  ANUEL S.A.S., y/o EMM  INFANTIL:  quien  arias.  prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya so a tal cuenta.	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con co de que haya lug nombrado la cuo	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS OTME con es por los opagos y CLINICA UTO DE del fecha er a ello, nta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para fienar los espacios en blanco del pagare distinguir fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.Ei valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION paciente  Y HABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento o cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abor Firma paciente:  C.C.:  de  Firma responsable: (1), w. 1 10 8 QUONT & O S	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  to con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  N Y HABILITACION INFA  a prioritaria y hospital día,  institución (bienes muebles  o de la permanencia en el  ANUEL S.A.S., y/o EMM  INFANTIL:  quien  arias.  prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya so a tal cuenta.	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con co de que haya lug nombrado la cuo	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS OTME con es por los opagos y CLINICA UTO DE del fecha er a ello, nta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CON NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INS INFANTIL S.A.S para fienar los espacios en blanco del pagare distinguic fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma lotal que por hospitalización, consulta médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepte EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EM/ REHABILITACION paciente //OSCOS BONOCIOS  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monet Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento o cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abor Firma paciente:  C.C.:	ISORCIO CLINICA EMMN TITUTO DE REHABILITA  to con el No.  y/o al INSTITUTO NAC  N Y HABILITACION INFA  a prioritaria y hospital día,  institución (bienes muebles  o de la permanencia en el  ANUEL S.A.S., y/o EMM  INFANTIL:  quien  arias.  prejudicial y judicial en cas de la salida del paciente ya so a tal cuenta.	AUEL y/o al INSACION Y HABILI CIONAL DE DEN INTIL S.A.S conf servicios prestado s e inmuebles), o CONSORCIO ( IANUEL INSTIT S.A.S; ingreso con co de que haya lug nombrado la cuo	STITUTO STACION QUE en la IENCIAS OTME con es por los opagos y CLINICA UTO DE del fecha er a ello, nta no es