	FORMATO PAGA	RE PARA PACIENTES HOSPITAL	IZADOS
- Emulantici		Original; 29/06/2017	Versión: 01
Inde Stra	FR - THRL - 04	Actualización://	Página 1 de 3
	ļ		

0 4 0 04		1739	
	GARE No.	:	ii fira
Yo/nosotros: 10 r ge Antonio Ruedo Ryo do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO		loem	s de
do(s) como anarece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO); que somos deu	EAC WA FMMAN	IUEL
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMERO do(s), declaramos:	NCIAS EMANOSE PAR cimplemente el	l acreedor, por la can	tidad
de:		•	
Por capital:			Por
Por intereses de plazo:			POF
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monecanos			_Nos
otros gastos:	lo Carrora 27 de	v 142-63, a en su ord	ien, o
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogota D.C., al tenedor de este pagare, el día de	del año	SEGUNDO: 0	ue a
al tenedor de este pagare, el dia	- Intereses morator	_{rios} a la tasa de ma	áxima
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagarento autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO : que en caso de cobro jud autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO : que en caso de cobro jud autorizada por las autoridades monetarias en crasionen, así como el	licial o extra judicial	de este pagare ser	án de
autorizada por las autoridades montetanas, actividades que esta esta esta esta esta esta esta est	Luster del Impuedo	, de timbre, si hav luc	ar de
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el cl. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los la cl. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva tesa figada para la mora. QU	Intereses pendiente:	s, debidos con un a	no de
cl. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los la companyamento de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los la companyamento de la maxima tasa figada para la mora. QU anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa figada para la mora. QU anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa figada para la mora. Qui anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa figada para la mora. Qui anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa figada para la mora.	I XNTO; los honorario	os de abogado, en ca	50 de
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. Qua arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre	el valor de la oblig	gación más sus acces	iorios.
arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre sexto: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedar SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que consener este pagaré, quedar sexto cargo los impuestos que consener en un 20% sobre sexto de la	do al acrecdor facul	tando para pagarios (OPLAT
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagare, quedar cuenta si fuere necesario. Este pagaré será lienado por CONSORCIO CLINICA I cuenta si fuere necesario. Este pagaré será lienado por CONSORCIO CLINICA I cuenta si fuere necesario.	EMMNAUEL y/o al	INSTITUTO NACE	UNATT!
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA i DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAI DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAI	BILITACION Y H	ABILITACION INFA	con la
e a e de empormidad con las manusciones que en un un ambiente e pro-	partido para tal efo	cto, de contormidad	COILIO
dispriento en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *		
diskiesto di lei alticulo della managia di		2010 <u>201</u>	Este
Firma(s):	de Instrucciones.	que se suscribe	hoy
dispaies to en el artículo 622, inciso 2 del cotigo de conferences y/o Firma(s): y/o pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta	1	<u> </u>	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON	I ESPACIOS EN BL	ANCO	
CAUTA DE INVIRIIGATORES FRANCISCOS.			
			y/o
Boootá D.C. vo.		<u> </u>	_y/o
Bogotá, D.C., yo,	TO OLENSOA EMM	NAUEL V/o at INST	ETUTO
Bogotá, D.C., yo,	IO CLINICA EMM	NAUEL y/o al INST	ETUTO ACION
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACTONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA	NAUEL y/o at INST ACION Y HABILITA	ETUTO ACION e en la
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S. para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con	IO CLINICA EMMI O DE REHABILITA el No.	VAUEL Y/o at INST ACTON Y HABILITY QUI	ETUTO ACION e en la NCIAS
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S. para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con	IO CLINICA EMMI O DE REHABILITA el No.	VAUEL Y/o at INST ACTON Y HABILITY QUI	ETUTO ACION e en la NCIAS
Nosotros,	IO CLINICA EMMA O DE REHABILITA el No BI INSTITUTO NA ABILITACION INF	NAUEL Y/O al INSTI ACION Y HABILIT/ QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S confor	ACION e en la NCIAS me con
Nosotros,	IO CLINICA EMMA O DE REHABILITA el No	NAUEL Y/O at INSTI ACION Y HABILITY QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S confort	ETUTO ACION e en la NCIAS me con
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1 El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITY QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S confort servicios prestados	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los pagos y
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu-	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. itaria y hospital dia, ación (bienes muebl	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S confort , servicios prestados los e inmuebles), con	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los pagos y INICA
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S confort , servicios prestados los e inmuebles), con	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los pagos y INICA
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados los e inmuebles), con el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S;	ETUTO ACION E en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S confort , servicios prestados los e inmuebles), con	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los pagos y INICA
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu-	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados los e inmuebles), con el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S;	ETUTO ACION E en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prior médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de le EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente Corge Ay Tomb Cuedo Prec	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILITA QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados los e inmuebles), con el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S;	ETUTO ACION E en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente Corge Ay Como Cuertos 1. Intereses de plazo:	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebla a permanencia en o I. S.A.S., y/o EM INFANTI	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILIT/ QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados los e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los pagos y INICA to DE del fecha
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pile de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente / CY SC / Ay LOND / CAPATO / PACIONAL 1. Intereses de plazo: 1. Intereses de plazo: 1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebla a permanencia en o INFANTI CULTURA quien	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILIT/ QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados los e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con	ETUTO ACION E en la NCIAS me con por los pagos y INICA fo DE del fecha
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente CONSOR A LA TONIO HABILITACION paciente CONSOR A LA TONIO HABILITACION paciente CONSOR A LA TONIO HABILITACION 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 preju	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Color duien dicial y judicial en o salida del paciente y	NAUEL y/o al INSTI ACION Y HABILIT/ QUI CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados los e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con	ETUTO ACION E en la NCIAS me con por los pagos y INICA fo DE del fecha
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente CONSOR AND CONSOR EMANUEL 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 preju-	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Color duien dicial y judicial en o salida del paciente y	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del fecha ar a ello. ta no es
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente CONSORCIO 1. Intereses de plazo: 1. Intereses de plazo: 1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Cuien dicial y judicial en o salida del paciente y al cuenta.	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION E en la NCIAS me con por los pagos y INICA fo DE del fecha
Rogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pile de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente CONGRE AUTORIO PARABILITACION Paciente CONGRE AUTORIO PARABILITACION LA CONGRE AUTORIO 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 preju-	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Color duien dicial y judicial en o salida del paciente y	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del fecha ar a ello. ta no es
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para ltenar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prior médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente CON SE A CONDO CHABILITACION pac	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Cuien dicial y judicial en o salida del paciente y al cuenta.	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del fecha ar a ello. ta no es
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de le EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION Paciente Cor Ge Ay Londo Curedo Percental 1. Intereses de piazo: 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 preju El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la se cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a ta	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Cuien dicial y judicial en o salida del paciente y al cuenta.	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del fecha ar a ello. ta no es
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de le EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION Paciente CON GO A LOND CONTROL DE CONTROL 1. Intereses de plazo: 2. 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 preju El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la se cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a ta Firma paciente: C.C.: Firma responsable: 2. O C.: Firma responsable: 2. El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la se cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a ta	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Cuien dicial y judicial en o salida del paciente y al cuenta.	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del fecha ar a ello. ta no es
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare distinguido con fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMANUEL CONSORCIO y/o a EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta priori médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu- cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de le EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL REHABILITACION paciente CON CON DE CARROLLO DE CONTROLLO DE	IO CLINICA EMM? O DE REHABILITA el No. al INSTITUTO NA ABILITACION INF. Itaria y hospital dia, ación (bienes muebl a permanencia en o S.A.S., y/o EM INFANTI Cuien dicial y judicial en o salida del paciente y al cuenta.	NAUEL y/o ai INSTACION Y HABILITA CIONAL DE DEME ANTIL S.A.S conform , servicios prestados les e inmuebles), cor el CONSORCIO CI MANUEL INSTITU ILS.A.S; Ingreso con aso de que haya luga ya nombrado la cuent	ETUTO ACION e en la NCIAS me con por los bagos y INICA TO DE del fecha ar a ello. ta no es

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR - THRL - 04 FR - THRL - 04 Actualización: --/--/--- Página 2 de 3

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO, PARA QUIEN SUSCRIBA PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES
Datos generales de gujon(es) va(n) a suscribir pagare y cprta de instrucciones;
Nombres: XTorge Aylonia Ruedo Euber
Cedula de ciudadanía: X 9.350.593 Boccola.
Estado Civil: Sd Tevo 0
Parentesco o calidad en la que actúa, si no os el paciente: 10 p p p p p p p p p p p p p p p p p p
Empresa empleadora: Tenciona do.
Dirección: Crq: 153A # 136, -35.
Teléfono(s): 3/3 4430763 / 3/2-3520367
Trabajador independiente (profesión u oficio): Percionado
Dirección: N/A
Telefono(s): H/A
Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acceedor 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 valotar el riesgo futuro do 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 hublere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonfal de
tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mil 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria 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 regiamentos 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.
2 zutorizzalón ontobier en era impodut átanza at desentados a ser la contractiva de la contractiva del la contractiva del la contractiva de la contractiva de la contractiva del la contractiva de la contractiva del la co
La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a comoborar en cualquier tiempo que la información suministrada es
reras, 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
de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño creditido durante los seis meses anteriores de mi
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada
para finos diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades
Aubircas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar.
nediante modelos matemáticos, conclusionos de ellas.
Declaro haber leido cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo
aus alcances y sus implicaciones.
tombres Lorge Antonio Rueda Rubio
V 10.750 1202 B
cc: (4.330.575 B00070-
irma:
<u> </u>