

FORMATO	<b>PAGARE PARA</b>	PACIENTES	<b>HOSPITALIZADOS</b>

FR - THRL - 04

riginal: 29/06/2017	Versión
1	

Actualización: --/--/---

Página 2 de 2

01

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta o	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Nombres: Mana Albery Polo Rojas	
Cedula de ciudadanía: 57 6 % 20 3 と	
Estado Civil: Union libre.	
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: _/~	rama
Empresa empleadora: CSMP ass Group.	
Dirección: Calle 133 bis. # 95013.	
Teléfono(s): 302793646.	
Trabajador independiente (profesión u oficio): GFt	
Dirección:	
Telefono(s):	

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 acreedor del crédito solicitado, para:

- A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
- C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
- E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

Nombres	Hano Alben	4 17010 KOJ GJ.	
C.C.:	51692032.		
Firma:	ofceelolor.		

## Emalanuel

Edminier

Inde Caraca

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/----

Página 1 de 2

A = A + A + A = A + A + A + A + A + A +	w Allown Polok	2000	PAGARE No.	1776	
Yo/nosotros: -> M O FO	u Albeny Polo K e de mi (nuestras) firma(s),			· - <u>-</u>	identifica
do(s) como aparece al pie	e de mi (nuestras) firma(s),	declaramos: PRIME	RO: que somos	deudores inco	ndicionales de
	MNAUEL y/o al INSTITUTO				
	TACION Y HABILITACION I		delante simplemen	te el acreedor, ¡	por la cantidad
Por capital:					
Por intereses de plazo:	rima autorizada por las autorio				Por
	tima autorizada por las autorio	dades monetarias:			
otros gastos:					Nos
al tenedor de este pagare, e	ia de dinero al acreedor en sus el díade		_del año	SEGL	JNDO: que a
partir de esta fecha, sol	bre las obligaciones insultas	y los gastos pagarer	nos intereses mor	atorios a la tas	sa de máxima
autorizada por las autoridade	es monetarias, TERCERO: qu	ie en caso de cobro ji	udicial o extra jud	icial de este pa	gare serán de
nuestro cargo los gastos y co	ostos que por dicha cobranza s	se ocasionen, así como	el valor del impue	sto de timbre, s	si hay lugar de
él. CUARTO: a partir de la	fecha de la respectiva dema	anda judicial, sobre los	s intereses pendie	ntes, debidos c	on un año de
anterioridad o más, pagarem	os intereses a la máxima tasa	fijada para la mora. Q	UINTO: los honor	arios de abogad	do, en caso de
arreglo directo o de pago a	la etapa prejudicial, se estab	lecen en un 20% sobi	re el valor de la o	bligación más s	sus accesorios.
	o cargo los impuestos que cau				
	ste pagaré será llenado por C				
	L S.A.S., y/o EMMANUEL 1				
	is instrucciones que en docun		mpartido para tal e	efecto, de confo	rmidad con lo
dispuesto en el artículo 622, i	nciso 2 del código de comercio	), -			
Firma(s):	el acreedor, de confor	у/о			Este
pagaré será llenado por	el acreedor, de confori	midad de la carta	de instruccione	es, que se	suscribe hoy
•	*			ni 43160	
CARTA	DE INSTRUCCIONES PARA	LLENAR PAGARE CO	N ESPACIOS EN I	BLANCO	
and the second s	Audient Nickey		A Restau	Margaritan Ari	
Bogotá,D.C.,yo,		i.			y/o
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,				giros (s. 24	
	al pie de nuestras firmas, aut		IO CLINICA EMI	1NAUEL y/o a	INSTITUTO
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El	MMANUEL INSTITUT	IO CLINICA EMN O DE REHABILI	MAUEL y/o a TACION Y HA	I INSTITUTO
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con	IO CLINICA EMN O DE REHABILI el No	MAUEL y/o a TACION Y HA	I INSTITUTO BILITACION que en la
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o	IO CLINICA EMN O DE REHABILI el No. al INSTITUTO N	MAUEL y/o a TACION Y HA	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o	IO CLINICA EMN O DE REHABILI el No. al INSTITUTO N	MAUEL y/o a TACION Y HA	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones:	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o EI r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y H	IO CLINICA EMM O DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN	MAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o EI r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y H ización, consulta priori	CIO CLINICA EMM O DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN	MNAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o EI r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y Ha ización, consulta priori casionados a la institu	CIO CLINICA EMMO DE REHABILI el No	MNAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble	I INSTITUTO BILLITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y Ha ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la	CIO CLINICA EMNO DE REHABILI el No. al INSTITUTO NA ABILITACION IN ditaria y hospital díción (bienes muela permanencia en	MNAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble el CONSORO	I INSTITUTO BILITACION     que en la     DEMENCIAS     conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST:	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri ITUTO NACIONAL DE DE	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y Ha ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL	CIO CLINICA EMNTO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital dí ución (bienes muel a permanencia en S.A.S., y/o EN	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble el CONSORC MMANUEL INS	I INSTITUTO BILLITACION     que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST. REHABILITACION	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri ITUTO NACIONAL DE DE	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y Ha ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la	CIO CLINICA EMNTO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital dí ición (bienes muel a permanencia en Z. S.A.S., y/o EN INFANT	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble el CONSORO MMANUEL INS ILS.A.S;	I INSTITUTO BILLITACION     que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST:	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o EI r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri ITUTO NACIONAL DE DE	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y Ha ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL	CIO CLINICA EMNTO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital dí ución (bienes muel a permanencia en S.A.S., y/o EN	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble el CONSORO AMANUEL INS ILS.A.S;	I INSTITUTO BILLITACION     que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST. REHABILITACION paciente	al pie de nuestras firmas, aut S EMANUEL S.A.S., y/o EI r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri ITUTO NACIONAL DE DE	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y Ha ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL	CIO CLINICA EMNTO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital dí ición (bienes muel a permanencia en Z. S.A.S., y/o EN INFANT	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble el CONSORO MMANUEL INS ILS.A.S;	I INSTITUTO BILLITACION     que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST. REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo:	al pie de nuestras firmas, aut LS EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri ITUTO NACIONAL DE DE Y HA	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION	CIO CLINICA EMNTO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital dí ición (bienes muel a permanencia en Z. S.A.S., y/o EN INFANT	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios pres bles e inmueble el CONSORO MMANUEL INS ILS.A.S;	I INSTITUTO BILLITACION     que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST: REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má	al pie de nuestras firmas, aut LS EMANUEL S.A.S., y/o El r los espacios en blanco del p or de CLINICA EMMNAUE MANUEL INSTITUTO DE RE suma total que por hospital ución, medicamentos, daños o s gastos que se haya incurri ITUTO NACIONAL DE DE Y HA  exima tasa permitida por las au	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias.	IO CLINICA EMP TO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital día ición (bienes muel a permanencia en INFANT quien	MNAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso eles e inmueble el CONSORO MMANUEL INS ILS.A.S; ingreso	I INSTITUTO BILITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST: REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  uxima tasa permitida por las au  bligamos) a pagar los gastos o	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc	cio CLINICA EMNTO DE REHABILI el No	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso	I INSTITUTO BILLITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST: REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  exima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc si al momento de la s	cio CLINICA EMN TO DE REHABILI el No al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital día ución (bienes muel a permanencia en S.A.S., y/o EN INFANT quien  dicial y judicial en c alida del paciente	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso	I INSTITUTO BILLITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST: REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  exima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  nor el saldo en caso de que se l	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc si al momento de la s haya hecho abono a tal	cio CLINICA EMNTO DE REHABILI el No	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso	I INSTITUTO BILLITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST: REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu cancelada en su totalidad, o p	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  exima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  nor el saldo en caso de que se l	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc si al momento de la s haya hecho abono a tal	cio CLINICA EMNTO DE REHABILI el No	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso caso de que hay ya nombrado la	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha ra lugar a ello cuenta no es
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST: REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  exima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  nor el saldo en caso de que se l	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc si al momento de la s	cio CLINICA EMNTO DE REHABILI el No	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso	I INSTITUTO BILLITACIONque en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST. REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu cancelada en su totalidad, o p Firma paciente:	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  ixima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  or el saldo en caso de que se l	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc si al momento de la s haya hecho abono a tal	cio CLINICA EMNTO DE REHABILI el No	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso caso de que hay ya nombrado la	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha ra lugar a ello cuenta no es
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST. REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu cancelada en su totalidad, o p Firma paciente:	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  ixima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  or el saldo en caso de que se l	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejuc si al momento de la s haya hecho abono a tal	cio CLINICA EMNTO DE REHABILI el No	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso caso de que hay ya nombrado la	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha ra lugar a ello cuenta no es
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu cancelada en su totalidad, o p Firma paciente:  C.C.: Firma responsable:	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  exima tasa permitida por las au  abligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  nor el saldo en caso de que se  Dour de Se  de  de	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejud si al momento de la s haya hecho abono a tal lo QS 1000 1300	el O CLINICA EMP TO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital día ución (bienes muel a permanencia en E. S.A.S., y/o EN INFANT quien  dicial y judicial en c alida del paciente de cuenta.	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso caso de que hay ya nombrado la	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha ra lugar a ello cuenta no es
identificado(s) como aparece NACIONAL DE DEMENCIA INFANTIL S.A.S para llenar fecha hemos suscrito a favo EMANUEL S.A.S., y/o EMN las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la médicos adscritos a la institu cuotas moderadores y demá EMMNAUEL y/o al INST REHABILITACION paciente  1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la má Así mismo me (nos) obligo (o El pagare será llenado de acu cancelada en su totalidad, o p Firma paciente:  C.C.: Firma responsable:	al pie de nuestras firmas, aut  S EMANUEL S.A.S., y/o El  r los espacios en blanco del p  or de CLINICA EMMNAUE  MANUEL INSTITUTO DE RE  suma total que por hospital  ución, medicamentos, daños o  s gastos que se haya incurri  ITUTO NACIONAL DE DE  Y  HA  Exima tasa permitida por las au  ubligamos) a pagar los gastos o  uerdo con estas instrucciones,  or el saldo en caso de que se l  por y Se  de  de	MMANUEL INSTITUT pagare distinguido con L CONSORCIO y/o HABILITACION Y HA ización, consulta priori casionados a la institu do por concepto de la MENCIAS EMANUEL ABILITACION  toridades monetarias. de las cobranzas prejud si al momento de la s haya hecho abono a tal lo QS 1000 1300	el O CLINICA EMP TO DE REHABILI el No. al INSTITUTO N ABILITACION IN itaria y hospital día ución (bienes muel a permanencia en E. S.A.S., y/o EN INFANT quien  dicial y judicial en c alida del paciente de cuenta.	ANAUEL y/o a TACION Y HA ACIONAL DE FANTIL S.A.S a, servicios preso el CONSORO MANUEL INS ILS.A.S; ingreso caso de que hay ya nombrado la	I INSTITUTO BILITACION que en la DEMENCIAS conforme con stados por los es), copagos y CIO CLINICA STITUTO DE del con fecha ra lugar a ello cuenta no es