## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS FR - THRL - 04 FR - THRL - 04 Actualización: --/-- Página 1 de 2

				PAGARE No.	1662 B	: de mbifico
(=/==sotros:	MOS VICANI	da Bavóv (nuestras) firma(s), decla	y/o_		- daudoros incor	identifica
to(s) como anar	rece al pie de mi	(nuestras) firma(s), decla	ramos: PRIM	ERO: que somo	s deudores inco	EMMANUEL
CONSORCIO CL	INICA EMMNAUE	(nuestras) firma(s), decia L y/o al INSTITUTO NAC I Y HABILITACION INFAN	IONAL DE DE	MENCIAS EMAI	ente el acreedor, l	por la cantidad
INSTITUTO DE I	REHABILITACION	I A MADILLI ACTOM THE VI		adelante simplem	erice of deression,	
de:						
Por capital:		orizada por las autoridades				Por
Por intereses de	plazo:	L	monetarias:			Por
ntereses de mor	a: a la máxima aut	orizada por las autoridades	monetanas			Nos
stros das	stos:		/.	C In Carrora	22 no. 142-63, 0	en su orden, o
obligamos a paga	ir dicha suma de din	nero al acreedor en sus oficin dede		_del año	SEG	UNDO: que a
al tenedor de est	e pagare, el dia	obligaciones insultas y los	castos pagar	emos intereses n	noratorios a la ta	isa de máxima
partir de esta	fecha, sobre las	obligaciones insultas y los etarias. <b>TERCERO:</b> que en	caso de cobro	judicial o extra	judicial de este p	agare serán de
autorizada por la	as autoridades mon	etarias. <b>TERCERO</b> : que en le por dicha cobranza se oca	sionen, así cor	no el valor del imp	ouesto de timbre,	si hay lugar de
nuestro cardo los	s gastos y costos qu	le poi dicha cobianza se cec		les intereses nen	dientes debidos	con un ano de
él. <b>CUARTO:</b> a	partir de la recha	de la respectiva demanda j eses a la máxima tasa fijada	para la mora.	QUINTO: los ho	norarios de aboga	ado, en caso de
anterioridad o m	as, pagaremos inter	reses a la máxima tasa fijado pa prejudicial, se establecen palas impuestos que causen s	en un 20% s	obre el valor de l	a obligación más	sus accesorios.
arreglo directo o	de pago a la elap	oa prejudicial, se establecen o los impuestos que causen e cré corá llogado por <b>CONS</b>	este pagaré, qu	iedado al acreedo	r facultando para	pagarios por mi
SEXTO: que ser	an de nuestro cargo	o los impuestos que causen o aré será llenado por CONSC S. V.O. EMMANUEL INST	ORCIO CLINI	CA EMMNAUEL	y/o al INSTITU	ON THEANTI
cuenta si fuere (	C EMANUEL S A	aré será llenado por CONSO S., y/o EMMANUEL INST	ITUTO DE RI	EHABILITACION	Y HABILITACI	ON INFANITE
	midad can las instit	in Clones due cir documento	- F	s impartido para I	tal efecto, de con	TOTTIIIdad COIT IO
S.A.S de contor	rriculo 622 inciso 2	del código de comercio.		1		
						Este
Firma(s):		acreedor, de conformida		to do instrucc	riones que se	suscribe hoy
nagaré sera	llenado por el	acreedor, de conformida	d de la ca	rta de instrucc	Jones, 944	:
	The second section is a second					
		STRUCCIONES PARA LLE	NAD DACADE	CON ESPACIOS	EN BLANCO	
	CARTA DE IN	21KOCCIONES LYICA EST	NAK PAGAKL	:		v/o
D	CARIA DE IN	SIROCCIONES LAICA EZE	NAK PAGARL	j.		y/o
Pagatá D.C. VO				-		
Bogotá,D.C.,yo,				PCIO CLINICA	EMMNALIFI V/O	al INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,identificado(s) C	como aparece al pie	de nuestras firmas, autoriza	amos a <b>CONS</b> C	DRCIO CLINICA	EMMNAUEL y/o	al INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,identificado(s) C	como aparece al pie	de nuestras firmas, autoriza	amos a CONSC	DRCIO CLINICA TUTO DE REHA	EMMNAUEL y/o	al INSTITUTO HABILITACION que en la
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A	como aparece al pie E DEMENCIAS EM	de nuestras firmas, autoriza IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga	amos a CONSO ANUEL INSTI are distinguido	DRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No.	EMMNAUEL y/o	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de	de nuestras firmas, autoriza IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga CLINICA EMMNAUEL C IEL INSTITUTO DE REHAI	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO Y BILITACION	DRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACIO	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL D N INFANTIL S.A	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LAS para llenar los e uscrito a favor de LASFY/O EMMANU estrucciones:	de nuestras firmas, autoriza IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga CLINICA EMMNAUEL C IEL INSTITUTO DE REHAI	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO Y BILITACION	DRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No/o al INSTITUT Y HABILITACIO	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I TO NACIONAL D N INFANTIL S.A	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de LS.Fy/o EMMANU estrucciones:	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizac	amos a CONSC ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION	DRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACIO	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I TO NACIONAL D N INFANTIL S.A tal día, servicios p	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los chies), copagos y
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in 1.El valor del o médicos adscrit	como aparece al pie E DEMENCIAS EM L.S. para llenar los e uscrito a favor de L.S., y/o EMMANU astrucciones: capital será la suma tos a la institución,	de nuestras firmas, autoriza  [ANUEL S.A.S., y/o EMM/espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  [EL INSTITUTO DE REHAI]  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION Y sión, consulta p	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No /o al INSTITUT Y HABILITACIO  prioritaria y hospit enstitución (bienes	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I TO NACIONAL E N INFANTIL S.A tal día, servicios p muebles e inmue	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los bles), copagos y ORCIO CLINICA
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in 1.El valor del o médicos adscrit	como aparece al pie E DEMENCIAS EM L.S. para llenar los e uscrito a favor de L.S., y/o EMMANU astrucciones: capital será la suma tos a la institución,	de nuestras firmas, autoriza  [ANUEL S.A.S., y/o EMM/espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  [EL INSTITUTO DE REHAI]  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION Y sión, consulta p	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No /o al INSTITUT Y HABILITACIO  prioritaria y hospit enstitución (bienes	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I TO NACIONAL E N INFANTIL S.A tal día, servicios p muebles e inmue	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los bles), copagos y ORCIO CLINICA
Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in 1.El valor del o médicos adscrit	como aparece al pie E DEMENCIAS EM A.S para llenar los e uscrito a favor de A.S., y/o EMMANU astrucciones: capital será la suma tos a la institución,	de nuestras firmas, autoriza IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga CLINICA EMMNAUEL C IEL INSTITUTO DE REHAI a total que por hospitalizac medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido O NACIONAL DE DEME	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION S sión, consulta p sionados a la ir por concepto NCIAS EMAN	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No /o al INSTITUT Y HABILITACIO  prioritaria y hospit enstitución (bienes	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I TO NACIONAL E N INFANTIL S.A tal día, servicios p muebles e inmue	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los bles), copagos y ORCIO CLINICA
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL S. REHABILITAO	como aparece al pie E DEMENCIAS EM L.S. para llenar los e uscrito a favor de L.S.; y/o EMMANU estrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUTICION	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizac  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION Y sión, consulta p	DRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACIO  prioritaria y hospit estitución (bienes de la permanenci IUEL S.A.S., y/ INI	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL D N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los bles), copagos y ORCIO CLINICA
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL S. REHABILITAO	como aparece al pie E DEMENCIAS EM L.S. para llenar los e uscrito a favor de L.S.; y/o EMMANU estrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUTICION	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizac  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION S sión, consulta p sionados a la ir por concepto NCIAS EMAN	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No /o al INSTITUT Y HABILITACIO  prioritaria y hospit enstitución (bienes	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL D N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los beles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de LS. y/o EMMANU estrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUT	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizac  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido ONSORCIO y BILITACION S sión, consulta p sionados a la ir por concepto NCIAS EMAN	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA TOTO DE REHA TOTO DE INSTITUT Y HABILITACION PROPRIO DE LA PROPRIO DE LA PERMANENTE DE LA PROPRIO DE LA PROPRIO DE LA PERMANENTE DE LA PERMANENTE DE LA PROPRIO DE LA PERMANENTE DE LA PERMANEN	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL D N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S;	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ebles), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL y REHABILITAO paciente  1. Intereses d	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de LS-Fy/o EMMANU capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUTICION	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  Y HABI	amos a CONSO ANUEL INSTI ire distinguido: ONSORCIO Y BILITACION Y sión, consulta p ionados a la in por concepto NCIAS EMAN ILITACION	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACIO  prioritaria y hospit estitución (bienes de la permanenci NUEL S.A.S., y/ INI qui	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso	al INSTITUTO HABILITACION — que en la DE DEMENCIASS conforme con orestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL y REHABILITAO paciente  1. Intereses d 2. Intereses d	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de uscrito a favor em la suma favor de la suma favor a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUTICION  e plazo:  de mora a la máxima	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  tasa permitida por las autor	amos a CONSC ANUEL INSTI ire distinguido: ONSORCIO y BILITACION Sión, consulta p ionados a la ir por concepto NCIAS EMAN ILITACION	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA TOTO DE REHA TOTO DE REHA TOTO DE INSTITUT Y HABILITACION DIFFICICION DIFFI	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIASS conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrii cuotas modera EMMNAUEL y REHABILITAO paciente  1. Intereses d 2. Intereses d	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de uscrito a favor em la suma favor de la suma favor a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUTICION  e plazo:  de mora a la máxima	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  tasa permitida por las autor	amos a CONSC ANUEL INSTI ire distinguido: ONSORCIO y BILITACION Sión, consulta p ionados a la ir por concepto NCIAS EMAN ILITACION	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA TOTO DE REHA TOTO DE REHA TOTO DE INSTITUT Y HABILITACION DIFFICICION DIFFI	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso	p al INSTITUTO HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAG paciente  1. Intereses d Así mismo me	como aparece al pie E DEMENCIAS EM LS para llenar los e uscrito a favor de LS.; y/o EMMANU estrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUTICION  e plazo:	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  I tasa permitida por las autor  mos) a pagar los gastos de	amos a CONSO ANUEL INSTI are distinguido ONSORCIO y BILITACION ción, consulta p cionados a la ir por concepto NCIAS EMAN ILITACION idades moneta las cobranzas p al momento de	PRCIO CLINICA TUTO DE REHAI con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso	p al INSTITUTO HABILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAG paciente  1. Intereses d Así mismo me	como aparece al pie  E DEMENCIAS EM  LS para llenar los e uscrito a favor de uscrito a fa	de nuestras firmas, autoriza  [ANUEL S.A.S., y/o EMM/espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  EL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad  medicamentos, daños ocas  stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  a tasa permitida por las autor  mos) a pagar los gastos de  con estas instrucciones, si  saldo en caso de que se hay	amos a CONSC ANUEL INSTI ire distinguido: ONSORCIO y BILITACION Sión, consulta pi ionados a la ir por concepto NCIAS EMAN ILITACION Sidades monetal las cobranzas pa al momento de ya hecho abono	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA TOTO TOTO TOTO TOTO TOTO TOTO TOTO TO	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I TO NACIONAL E N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO O EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso  al en caso de que tiente ya nombrad	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS L'S conforme con prestados por los polesos, copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello lo la cuenta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente	como aparece al pie  E DEMENCIAS EM  LS para llenar los e uscrito a favor de uscrito a fa	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  a tasa permitida por las autor mos) a pagar los gastos de o con estas instrucciones, si a saldo en caso de que se hay	amos a CONSO ANUEL INSTI are distinguido ONSORCIO y BILITACION  ción, consulta p cionados a la in por concepto NCIAS EMAN ILITACION  idades moneta las cobranzas p al momento de ya hecho abono  M. Tanoo	PRCIO CLINICA TUTO DE REHAI CON el No. /o al INSTITUT Y HABILITACION prioritaria y hospit enstitución (bienes de la permanencia UEL S.A.S., y/ INI qui rias. prejudicial y judicia e la salida del pac o a tal cuenta.  Nombre	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO O EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso  al en caso de que tiente ya nombrad del	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS L'S conforme con prestados por los polesos, copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello lo la cuenta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAG paciente  1. Intereses d Así mismo me	como aparece al pie  E DEMENCIAS EM  LS para llenar los e uscrito a favor de uscrito a fa	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  IEL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  a tasa permitida por las autor mos) a pagar los gastos de o con estas instrucciones, si a saldo en caso de que se hay	amos a CONSO ANUEL INSTI are distinguido ONSORCIO y BILITACION  ción, consulta p cionados a la in por concepto NCIAS EMAN ILITACION  idades moneta las cobranzas p al momento de ya hecho abono  M. Tanoo	PRCIO CLINICA TUTO DE REHAI CON el No. /o al INSTITUT Y HABILITACION prioritaria y hospit enstitución (bienes de la permanencia UEL S.A.S., y/ INI qui rias. prejudicial y judicia e la salida del pac o a tal cuenta.  Nombre	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A  Tal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO O EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso  al en caso de que tiente ya nombrad del	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los polesos, copagos y ORCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello lo la cuenta no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente  1. Intereses d 2. Intereses d Así mismo me El pagare será cancelada en s Firma	como aparece al pie  E DEMENCIAS EM  LS para llenar los e uscrito a favor de LS., y/o EMMANU enstrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUT CION  e plazo: e mora a la máxima (nos) obligo (obliga llenado de acuerdo su totalidad, o por el paciente:	de nuestras firmas, autoriza  [ANUEL S.A.S., y/o EMM/espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  JEL INSTITUTO DE REHAI  La total que por hospitalizado  medicamentos, daños ocas  stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  La tasa permitida por las autor  jumos) a pagar los gastos de  jumos ocon estas instrucciones, si  saldo en caso de que se hay  Jenes quadre a  Jenes quadre a	amos a CONSC ANUEL INSTI ire distinguido: ONSORCIO y BILITACION I ción, consulta p cionados a la in por concepto NCIAS EMAN ILITACION I idades moneta las cobranzas p al momento de ya hecho abono	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACION prioritaria y hospit posititución (bienes de la permanenci NUEL S.A.S., y/ INI qui rias. prejudicial y judicia e la salida del pac o a tal cuenta. Nombre	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A  cal día, servicios y muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso  cal en caso de que ciente ya nombrad e del	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los poles), copagos y ORCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello lo la cuenta no es paciente
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes ir 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL N REHABILITAO paciente  1. Intereses d 2. Intereses d Así mismo me El pagare será cancelada en s Firma	como aparece al pie  E DEMENCIAS EM  LS para llenar los e uscrito a favor de LS., y/o EMMANU enstrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUT CION  e plazo: e mora a la máxima (nos) obligo (obliga llenado de acuerdo su totalidad, o por el paciente:	de nuestras firmas, autoriza  [ANUEL S.A.S., y/o EMM/espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  JEL INSTITUTO DE REHAI  La total que por hospitalizado  medicamentos, daños ocas  stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  La tasa permitida por las autor  jumos) a pagar los gastos de  jumos ocon estas instrucciones, si  saldo en caso de que se hay  Jenes quadre a  Jenes quadre a	amos a CONSC ANUEL INSTI ire distinguido: ONSORCIO y BILITACION I ción, consulta p cionados a la in por concepto NCIAS EMAN ILITACION I idades moneta las cobranzas p al momento de ya hecho abono	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACION prioritaria y hospit posititución (bienes de la permanenci NUEL S.A.S., y/ INI qui rias. prejudicial y judicia e la salida del pac o a tal cuenta. Nombre	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A  cal día, servicios y muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso  cal en caso de que ciente ya nombrad e del	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los poles), copagos y ORCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello lo la cuenta no es paciente
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) o NACIONAL DE INFANTIL S.A fecha hemos s EMANUEL S.A las siguientes in 1.El valor del o médicos adscrit cuotas modera EMMNAUEL Y REHABILITAO paciente  1. Intereses d 2. Intereses d Así mismo me El pagare será cancelada en s Firma	como aparece al pie  E DEMENCIAS EM  LS para llenar los e uscrito a favor de LS., y/o EMMANU enstrucciones: capital será la suma tos a la institución, dores y demás gas y/o al INSTITUT CION  e plazo: e mora a la máxima (nos) obligo (obliga llenado de acuerdo su totalidad, o por el paciente:	de nuestras firmas, autoriza  IANUEL S.A.S., y/o EMM/ espacios en blanco del paga  CLINICA EMMNAUEL C  EL INSTITUTO DE REHAI  a total que por hospitalizad medicamentos, daños ocas stos que se haya incurrido  O NACIONAL DE DEME  Y HABI  a tasa permitida por las autor mos) a pagar los gastos de con estas instrucciones, si l saldo en caso de que se hay  ISARA GARAGA  de S	amos a CONSO ANUEL INSTI  are distinguido ONSORCIO y BILITACION  ción, consulta p cionados a la in por concepto NCIAS EMAN ILITACION  idades moneta las cobranzas p al momento de ya hecho abono  Mranos  OGO FOR	PRCIO CLINICA TUTO DE REHA con el No. /o al INSTITUT Y HABILITACION prioritaria y hospit posititución (bienes de la permanenci NUEL S.A.S., y/ INI qui rias. prejudicial y judicia e la salida del pac o a tal cuenta. Nombre	EMMNAUEL y/o BILITACION Y I O NACIONAL E N INFANTIL S.A cal día, servicios p muebles e inmue a en el CONSO o EMMANUEL FANTILS.A.S; en ingreso  al en caso de que ciente ya nombrad del	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los poles), copagos y ORCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello. lo la cuenta no es paciente



Filmanue

nde Emanuel

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Versión: 01

Página 2 de 2

Actualización: --/--/---

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 de instrucciones:
Nombres: Dalos Urianda Baron
Cedula de ciudadanía: 1019022532
Estado Civil: 10 16 VC
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora:
Dirección: (191-N. 137-70 APT 403 torred
Teléfono(s): 3703007197
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: 6/1 139 NA 6-36 Maltisabori
Telefono(s): 3203007192
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:
<ul> <li>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.</li> <li>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 útilés para obtener una información significativa.</li> <li>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 fúnciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
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 Carlos Minander Baron
C.C.: 10/902725,32
Firma: Purp april