FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 nde Correction FR -- THRL -- 04 Actualización: --/--/---

Versión: 01

Página 1 de 2

, ,	PAGARE No.	1792	
Yolnosotros Dasa Liliano Codino	y/o		dentifica
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declara	mos: PRIMERO: rue somo	s deudozes incondicion	
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIO			
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANT			
de:	·		
Por capital:			
Por intereses de plazo:			Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades m	onetarias:		Por
otros gastos:obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas			Nos
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas	de Bogotá D.C., en la Carrera	22 no. 142-63, o en su	orden, o
al tenedor de este pagare, el díadede	<u> </u>	SEGUNDO	r que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los g			
autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en ca			
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasio			
el. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda jud			
anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada p			
arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en			
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este			
cuenta si fuere necesario. Este pagaré serà llenado por CONSORI			
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU			
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a j	parte nemos impartido para tal	i erecto, de conformidad	o con lo
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio.	. 'V'		
Firma(s):		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Este
- pagare sera llenado por el acreedor, de conformidad 🔻	de la carta de instruccio	nes, que se suscrit	e hoy
		<u>and a man a ma</u>	
	•		
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR	PAGARE CON ESPACIOS EN	N BLANCO	
	PAGARE CON ESPACIOS EN	N BLANCO	to
Bogotá,D.C.,yo,	PAGARE CON ESPACIOS EN	Y BLANCO	у/о
Bogotá,D.C.,yo,			
Bogotá,D.C.,yo,	a CONSORCIO CLINICA EN	MNAUEL y/o ai INSI	ттито
Bogotá,D.C.,yo,	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABI	MNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT	ITUTO ACION
Bogotá,D.C.,yo, Nesotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABIL istinguido con el No.	MMAUEL y/o al INSI LITACION Y HABILIT QU	TITUTO ACION le en la
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO	MMAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME	TITUTO ACION le en la INCIAS
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO	MMAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME	TITUTO ACION le en la INCIAS
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones:	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABII istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I	MMAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT Q NACIONAL DE DEME NFANTIL S.A.S confor	TITUTO TACION te en la ENCIAS trine con
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILT las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización,	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABII istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital d	MMNAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados	TITUTO TACION THE EN IA TITUTO
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILT las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionad	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABII istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital e los a la institución (bienes mu	MMNAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor dia, servicios prestados tebles e innuebles), co	TITUTO TACION te en la ENCIAS trine con por los pagos y
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILT las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABII istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital e los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e	MMNAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI	TITUTO TACION te en la ENCIAS THE CON por los pagos y LINICA
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILT las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionad	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABIL istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO IACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital e los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e AS EMANUEL S.A.S., y/o i	MMNAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI	TITUTO TACION te en la ENCIAS THE CON por los pagos y LINICA
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILT las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionas cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABIL istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO IACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital e los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e AS EMANUEL S.A.S., y/o i	MMAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confox día, servicios prestados debles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU	TITUTO TACION THE ENCIAS TIME CON TO THE TO THE TO THE TO THE TO THE TACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILT las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionas cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION Y HABILITA paciente A Jelson Ayley Contierer Blance	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital elos a la institución (bienes mutoncepto de la permanencia elas EMANUEL S.A.S., y/o incion	AMNAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confox día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU ITILS.A.S;	TITUTO TACION THE ENCIAS TIME con THE PORT TO SE TO DE THE TO DE THE TO DE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionad cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por d EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION Y HABILITA Deciente A PISAN FINAL CANTONAL DE DEMENCIA T-72-70 M 1. Intereses de plazo:	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABIL istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital e los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e las EMANUEL S.A.S., y/o I CION INFAN quien	AMNAUEL y/o ai INST LITACION Y HABILIT QU NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confox día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU ITILS.A.S;	TITUTO TACION THE ENCIAS TIME con THE PORT TO SE TO DE THE TO DE
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION PARA ANTICION Intereses de plazo: 1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mutoncepto de la permanencia el S. EMANUEL S.A.S., y/o I. CION INFAN quien	MMNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados rebles e inmuebles), con en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU ITILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA TO DE del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.Eí valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION PARA ANTICION 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABIU istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e las EMANUEL S.A.S., y/o I CION INFAN quien s monetarias. branzas prejudicial y judicial en	MMAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados rebles e inmuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION Y HABILITA 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será ltenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e AS EMANUEL S.A.S., y/o I CION INFAN quien s monetarias. branzas prejudicial y judicial en mento de la salida del paciente	MMAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados rebles e inmuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.Eí valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION PARA ANTICION 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e AS EMANUEL S.A.S., y/o I CION INFAN quien s monetarias. branzas prejudicial y judicial en mento de la salida del paciente	MMAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados rebles e inmuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION Y HABILITA 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será ltenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILI istinguido con el No. ORCIO y/o al INSTITUTO TACION Y HABILITACION I consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mu toncepto de la permanencia e AS EMANUEL S.A.S., y/o I CION INFAN quien s monetarias. branzas prejudicial y judicial en mento de la salida del paciente	MMNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.Eí valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION paciente A PISAN ANIMA tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será ltenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hec Firma paciente:	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO TACION Y HABILITACION I Consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mutoncepto de la permanencia el S. EMANUEL S.A.S., y/o I INFAN quien en concepto de la salida del paciente mento de la salida del paciente ho abono a tal cuenta.	MMNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha ra ello. a no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, dafíos ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION PARA LES DE SACIONA 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será ltenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hec Firma paciente: C.C.: de	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO TACION Y HABILITACION I Consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mutoncepto de la permanencia el S. EMANUEL S.A.S., y/o I INFAN quien en concepto de la salida del paciente mento de la salida del paciente ho abono a tal cuenta.	MMNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha ra ello. a no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION Y HABILITA paciente A Jersen Array Control de Barray 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será ltenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hec Firma paciente: C.C.: de Firma responsable: A S. Jo Colors C.C.: de Firma responsable: A S. Jo Colors A Latrica de Latrica	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO TACION Y HABILITACION I Consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mutoncepto de la permanencia el S. EMANUEL S.A.S., y/o I INFAN quien en concepto de la salida del paciente mento de la salida del paciente ho abono a tal cuenta.	MMNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha ra ello. a no es
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANU INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare d fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILI las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, médicos adscritos a la institución, medicamentos, dafíos ocasionac cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por e EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA REHABILITACION PARA LES DE SACIONA 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las co El pagare será ltenado de acuerdo con estas instrucciones, si al mo cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hec Firma paciente: C.C.: de	a CONSORCIO CLINICA EN EL INSTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO DE REHABILISTITUTO TACION Y HABILITACION I Consulta prioritaria y hospital el los a la institución (bienes mutoncepto de la permanencia el S. EMANUEL S.A.S., y/o I INFAN quien en concepto de la salida del paciente mento de la salida del paciente ho abono a tal cuenta.	MMNAUEL y/o al INST LITACION Y HABILIT qu NACIONAL DE DEME INFANTIL S.A.S confor día, servicios prestados tebles e innuebles), co en el CONSORCIO CI EMMANUEL INSTITU iTILS.A.S; ingreso con	por los pagos y LINICA del fecha ra ello. a no es