Emanuet inde

FORMATO PAGARE	PARA PACIENTES HOSPITAL	IZADOS
FR - THRL - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01
	Actualización://	Página 2 de 2

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

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 DAGO TORRES CO.C.:	_	enerales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Estado Civil: x CASA SO Parentesso o calidad en la que actúa, si no es el paciente: x PAP d Empresa empleadora: A OI 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Nombres	S. 1-TODE DARIO TORRES P.
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: PAPÓ Empresa empleadora: DI	Cedula d	le ciudadanía: 1 79 / 5 + 8 / 0
Empresa empleadora: PO/102 AO 3-05 Teléfono(s): Dirección: PO/102 AO 3-05 Teléfono(s): Dirección: Portección: Po	Estado C	ivil: <u>r</u> <u>Casado</u>
Empresa empleadora: PO/102 AO 3-05 Teléfono(s): Dirección: PO/102 AO 3-05 Teléfono(s): Dirección: Portección: Po	Parentes	co o calidad en la que actúa, si no es el paciente: r PAP d
Dirección: 21/30 00 16 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): 221 1/30 00 16 Trabajador independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCTAS 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 os in tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimento, se hubiere, de mis obligaciones crediticas, o de mis debrere 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 baber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una 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 al cinhaco comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicas, 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 ecualizado, 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 holigación de indicaren, cuando yo lo pida, q	Empresa	empleadora: 4 O/10bers EXCAUACIONES
Trabajador Independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL J/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 verza, pertitente, completa actualizada y exacutalizado y exacutalizada y exacutalizada y exacutalizada y exacutalizada y exacutalizada 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 sefialado en sus reglamentos la información indicada en los ilterales 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 c	Dirección	1: <u>C# 162 No 3-05 E. </u>
Trabajador Independiente (profesión u oficio): Dirección: Telefono(s): Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL J/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 verza, pertitente, completa actualizada y exacutalizado y exacutalizada y exacutalizada y exacutalizada y exacutalizada y exacutalizada 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 sefialado en sus reglamentos la información indicada en los ilterales 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 c	Teléfono	(s): <u>, 321 430 08 16 the street to the stre</u>
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 hublere, 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. Eriviar 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 mil derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información mencionada para fines diferentes, primero, a ev		
Declaro que la información que he (mos) suministrado es veridica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL J/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 actualizado 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 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 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	Dirección	n : : : : : : : : : : : : : : : :
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 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 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 recutilicación y a que se informa sobre las c	Telefono	(s):
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 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 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 recutilicación y a que se informa sobre las c		그는 그는 그들은 사람들은 회사를 가는 사람들이 그 그는 그를 가고 있다면 모든 사람이 되었다.
como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. 8. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno como sobre el incumplimento, 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 sels meses anteriores de mi petición. La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información m	CONSO	RCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL JTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito
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 haberia comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones. Nombres ARIO ARIO IGRA DE ARIO		como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. 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
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 sels 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 Dalao Tobre	C.	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.
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 sels 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 Dago Tores Dago Tores Dago Tores Sago Concedera da las centrales de concedera de conceder	D.	
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 Alio Tolles Alio Tolles Signal (C.C.:	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
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	veras, co rectificaci	empleta, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ión y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación
Sus alcances y sus implicaciones. Nombres 1035 DAGO 10885 ? C.C.: 19 153 . 810	para fine públicas	s diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar,
c.c.: 19 15) · 810		
c.c.: 19 15) · 810	Nombres	JOSE DARIO TORRES ?
	C.C.:	lo .
	Firma:	Dufuful

Corcers Conica Emmanuel Estateii Manuel Inde Grand

FORMATO PAGARE	PARA PACIENTES HOSPITAL	IZADOS
=R - THRI - 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01

Actualización: --/--/----Página 1 de 2

			PAGARE No.	1791	
Yo/nosotros: X-TOSE DA	EN TOPLES	<u>P</u>	//o	·	identifica
do(s) como aparece al pie	de mi (nuestras) firn	na(s), declaramos: PF	RIMERO: que somos	deudores inconc	licionales de
CONSORCIO CLINICA EMM					
INSTITUTO DE REHABILITA		ION INFANTIL S.A.S	en adelante simplemen	te el acreedor, po	or la cantidad
de:					
Por capital:				- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Por intereses de plazo:					Por
intereses de mora: a la máxim	ia autorizada por las a	iutoridades monetarias:			
otros gastos:					Nos
obligamos a pagar dicha suma al tenedor de este pagare, el c	de dinero al acreedor e día	en sus oficinas de Bogol de	tá D.C., en la Carrera 22	2 no. 142-63, o er SEGU!	a su orden, o NDO: que a
partir de esta fecha, sobr	e las obligaciones ins	sultas y los gastos par	naremos intereses mor	atorios a la tasa	de máxima
autorizada por las autoridades					
nuestro cargo los gastos y cost					
él. CUARTO: a partir de la fe					
anterioridad o más, pagaremos					
arreglo directo o de pago a la					
SEXTO: que serán de nuestro					
cuenta si fuere necesario. Este					
DE DEMENCIAS EMANUEL					
S.A.S de conformidad con las					
dispuesto en el artículo 622, inc					
	경취하다 그 사람들이 그리고 그리고 있다.				
Firma(s):		у/о			Este
pagaré será llenado por	el acreedor, de c	onformidad de la (carta de instruccione	es, que se su	uscribe hoy
				(1997) N. Kalantina	·····
CADTA DI					
CARTA DE	INSTRUCCIONES P	ARA LLENAR PAGAR	E CON ESPACIOS EN	BLANCO	
	INSTRUCCIONES P	ARA LLENAR PAGAR	E CON ESPACIOS EN	BLANCO	y/o
Bogotá,D.C.,yo,	INSTRUCCIONES P	ARA LLENAR PAGAR	E CON ESPACIOS EN	BLANCO	y/o
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,	10 12 4 13 13 13 14 13 14 15 15 15 15 14 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15				
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firma	s, autorizamos a CONS	ORCIO CLINICA EM	NAUEL y/o ai	INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST	ORCIO CLINICA EMI ITUTO DE REHABILI	MNAUEL y/o al TACION Y HAB	INSTITUTO
Bogotá,D.C.,yo,	ple de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido	ORCIO CLINICA EMM ITUTO DE REHABILI con el No.	MNAUEL y/o al TACION Y HAB	INSTITUTO ILITACION que_en la
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firma EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO	ORCIO CLINICA EMM ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N	MNAUEL y/o al TACION Y HAB	INSTITUTO ILITACION que_en la DEMENCIAS
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firma EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO	ORCIO CLINICA EMM ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N	MNAUEL y/o al TACION Y HAB	INSTITUTO ILLITACION que_en la DEMENCIAS
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION	ORCIO CLINICA EMM ITUTO DE REHABILI con el No y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN	MNAUEL y/o al TACION Y HAB IACIONAL DE D FANTIL S.A.S o	INSTITUTO ILITACION que_en la DEMENCIAS onforme con
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMA NUEL INSTITUTO D	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION	ORCIO CLINICA EMM ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN	MNAUEL y/o al TACION Y HAB	INSTITUTO ILITACIONque_en la DEMENCIAS onforme con ados por los
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMA NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION aspitalización, consulta ños ocasionados a la i	ORCIO CLINICA EMN ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital d institución (blenes muel	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestoles e inmuebles	INSTITUTO ILITACIONque_en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMA NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto	ORCIO CLINICA EMI ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE D FANTIL S.A.S of a, servicios prest bles e inmuebles el CONSORCI	INSTITUTO ILITACION que en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y O CLINICA
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMA NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto	CORCIO CLINICA EMI ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE DEFANTIL S.A.S coa, servicios prestoles e inmuebles el CONSORCI	INSTITUTO ILITACION que en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y O CLINICA
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D ama total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido NAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION	CORCIO CLINICA EMI ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE D FANTIL S.A.S co a, servicios prest bles e inmuebles el CONSORCI MMANUEL INST	INSTITUTO ILITACION que en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y O CLINICA ILITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido NAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION	ORCIO CLINICA EMITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (blenes muel de la permanencia en UEL S.A.S., y/o EN	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE DEFANTIL S.A.S ca, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MMANUEL INSTITLS.A.S;	INSTITUTO ILITACION que en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la se médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIEMBE E	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido NAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION	ORCIO CLINICA EMITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (blenes muel de la permanencia en UEL S.A.S., y/o EN	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE D FANTIL S.A.S co a, servicios prest bles e inmuebles el CONSORCI MMANUEL INST	INSTITUTO ILITACION que en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la se médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente Y SANTIAGO A DICIEMBEE 1. Intereses de plazo:	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya is UTO NACIONAL DI Y CORRES TELL 1 DE 2018	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST dei pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION	ORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (blenes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE D FANTIL S.A.S co a, servicios prest bles e inmuebles el CONSORCI MMANUEL INST	INSTITUTO ILITACION que en la DEMENCIAS onforme con ados por los), copagos y O CLINICA ITUTO DE del
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya is UTO NACIONAL DE Y LORRES TEL 1 DE 2018 ma tasa permitida por	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION ADO	CORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MMANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con al Table 1 con a con	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la su médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIEMISE 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxi Así mismo me (nos) obligo (obli	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMM NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y 1 DE 2018 ma tasa permitida por l igamos) a pagar los ga	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION sspitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION 4 \(\Delta \)	CORCIO CLINICA EMI ITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con caso de que haya	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMM NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya is UTO NACIONAL DI Y LORRES TEL 1 DE 2018 ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION ADO las autoridades monetar istos de las cobranzas pones, si al momento de	CORCIO CLINICA EMITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o En INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce el la salida del paciente	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con caso de que haya	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la se médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIEMBEE 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxi Así mismo me (nos) obligo (obli El pagare será llenado de acue cancelada en su totalidad, o por	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMM NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya is UTO NACIONAL DI Y LORRES TEL 1 DE 2018 ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION ADO las autoridades monetar istos de las cobranzas pones, si al momento de	CORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce la salida del paciente la tal cuenta.	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con contaso de que haya ya nombrado la contaste de	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo,	pie de nuestras firmas EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMM NUEL INSTITUTO D uma total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya is UTO NACIONAL DI Y LORRES TEL 1 DE 2018 ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION ADO las autoridades monetar istos de las cobranzas pones, si al momento de	CORCIO CLINICA EMITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o En INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce el la salida del paciente	MNAUEL y/o al TACION Y HAB ACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con caso de que haya	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la se médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIENTEE 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxi Así mismo me (nos) obligo (obli El pagare será llenado de acue cancelada en su totalidad, o por	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D Ima total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y IORRES TEL ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci el saldo en caso de qu	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION ADA las autoridades monetar stos de las cobranzas pones, si al momento de le se haya hecho abono	CORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce la salida del paciente la tal cuenta.	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con contaso de que haya ya nombrado la contaste de	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la se médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIENTEE 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxi Así mismo me (nos) obligo (obli El pagare será llenado de acue cancelada en su totalidad, o por Firma paciente: C.C.:	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D Ima total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y IORRES TEL ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci el saldo en caso de qu	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION ADO las autoridades monetar istos de las cobranzas pones, si al momento de	CORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce la salida del paciente la tal cuenta.	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con contaso de que haya ya nombrado la contaste de	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1. El valor del capital será la si médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIENTEE 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxi Así mismo me (nos) obligo (obli El pagare será llenado de acue cancelada en su totalidad, o por Firma paciente: C.C.: Firma responsable:	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D Ima total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y 1 DE 2018 ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci el saldo en caso de que	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la incurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION (ADA) las autoridades monetar estos de las cobranzas pones, si al momento de le se haya hecho abono de	CORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce la salida del paciente la tal cuenta.	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con contaso de que haya ya nombrado la contaste de	INSTITUTO ILITACION
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al NACIONAL DE DEMENCIAS INFANTIL S.A.S para llenar le fecha hemos suscrito a favor EMANUEL S.A.S., y/o EMMA las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la se médicos adscritos a la instituci cuotas moderadores y demás EMMNAUEL y/o al INSTIT REHABILITACION paciente y SANTIAGO A DICIENTEE 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora a la máxi Así mismo me (nos) obligo (obli El pagare será llenado de acue cancelada en su totalidad, o por Firma paciente: C.C.:	pie de nuestras firma: EMANUEL S.A.S., y os espacios en blanco de CLINICA EMMN NUEL INSTITUTO D Ima total que por ho ón, medicamentos, da gastos que se haya i UTO NACIONAL DI Y IORRES TEL 1 DE 2018 ma tasa permitida por ligamos) a pagar los ga rdo con estas instrucci el saldo en caso de qu	s, autorizamos a CONS /o EMMANUEL INST del pagare distinguido IAUEL CONSORCIO E REHABILITACION espitalización, consulta ños ocasionados a la i ncurrido por concepto E DEMENCIAS EMAI HABILITACION las autoridades moneta estos de las cobranzas pones, si al momento de le se haya hecho abono de	CORCIO CLINICA EMPITUTO DE REHABILI con el No. y/o al INSTITUTO N Y HABILITACION IN prioritaria y hospital dí nstitución (bienes muel de la permanencia en NUEL S.A.S., y/o EN INFANT quien rias. prejudicial y judicial en ce la salida del paciente la tal cuenta.	MNAUEL y/o al TACION Y HAB TACIONAL DE DE FANTIL S.A.S con a, servicios prestibles e inmuebles el CONSORCI MANUEL INSTITUS.A.S; ingreso con contaso de que haya ya nombrado la contaste de	INSTITUTO ILITACION