

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017 Versión: 01 Actualización: --/--/----

PAGARE No.

752 F

Página 1 de 2

10/110300103.		Buitrago	y/o		identi	ifica
do(s) como anareo	e al pie de mi (nuestras) firm	pa(s) declaramos PRIM	ERO: que somos	deudores incondiciona		
CI INICA EMMN	AUEL y/o al INSTITUTO N	IACTONAL DE DEMENO	TAS FMANUEL S	S.A.S., v/o EMMAN	UEL INSTITUTO	DE
DEHARII ITACIO	N Y HABILITACION IN	IFANTII S.A.S en ac	lelante simpleme	ente el acreedor, p	or la cantidad	de:
KLIIADILITACIO	N I HABILITACION II	TAITIL SIAIS OF GO	leiditte Simpleme	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		Por
capital:						Por
•	2701					Por
intereses de pla	n: a la máxima autorizada p	or lac autoridados mone	tariac:			Por
	·	or las autoridades morie	tai ias			Nos
	tos:		Basatá D.C. an	la Carrora 22 no. 142		_
obligamos a pagai	dicha suma de dinero al ac	reedor en sus oficinas de	Bogota D.C., en	ia Carrera 22 110, 142	CECUNDO: au	
al tenedor de este	e pagare, el día	de	aei a	ano	SEGUNDO: qu	ue a
partir de esta fe	echa, sobre las obligaciones	insultas y los gastos pag	aremos intereses	moratorios a la tasa	de máxima autoriz	zada
por las autoridade	s monetarias. TERCERO: qu	ie en caso de cobro judic	ial o extra judicial	de este pagare serár	n de nuestro cargo	o los
gastos y costos qu	ie por dicha cobranza se ocas	sionen, así como el valor	del impuesto de ti	mbre, si hay lugar de	él. CUARTO: a p	artir
de la fecha de la r	espectiva demanda judicial, s	sobre los intereses pendie	entes, debidos cor	n un año de anteriorio	lad o más, pagare	emos
intereses a la máx	ima tasa fijada para la mora.	QUINTO: los honorarios	de abogado, en o	caso de arreglo direct	o o de pago a la e	tapa
prejudicial, se est	ablecen en un 20% sobre el	valor de la obligación m	ás sus accesorios	s. SEXTO: que serán	de nuestro cargo	o los
impuestos que car	usen este pagaré, quedado a	l acreedor facultando par	a pagarlos por mi	cuenta si fuere neces	sario. Este pagaré	será
llenado nor CON	SORCIO CLINICA EMMN	AUFL v/o al INSTITU	TO NACIONAL	DE DEMENCIAS EN	MANUEL S.A.S.,	y/c
EMMANUEL INS	TITUTO DE REHABILITAC	TON Y HARTI ITACION	INFANTIL S.A.	S de conformidad cor	n las instrucciones	que
en documento a r	parte hemos impartido para	tal efecto, de conformida	d con lo dispuest	o en el artículo 622.	inciso 2 del códia	o de
comercio.	date nemos impartido para	tal ciccio, de comormac	a con lo dispaese	o cir ci di dicado ozz,		
Firma(s): HNC	Buttrago	y/o				Este
pagaré será lle	enado por el acreedor,	de conformidad de	la carta de	instrucciones, que	se suscribe	hoy
	CARTA DE INSTRUCCI	ONES PARA LLENAR P	AGARE CON ES	PACIOS EN BLANCO	0	
Bogotá.D.Cvo.		ONES PARA LLENAR P	AGARE CON ES	PACIOS EN BLANCO		y/o
		ONES PARA LLENAR P	AGARE CON ES	PACIOS EN BLANCO		y/o
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) col					•	
Nosotros,identificado(s) con	mo aparece al pie de nuestr	as firmas, autorizamos a	CONSORCIO C	LINICA EMMNAUEI	L y/o al INSTIT	UTC
Nosotros,identificado(s) cor NACIONAL DE	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL	CONSORCIO C	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI	L y/o al INSTIT	UTC
Nosotros,identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL planco del pagare distingu	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No.	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI	L y/o al INSTIT N Y HABILITAC que en la f	UTC ION
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No al INSTITUTO	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI	L y/o al INSTIT N Y HABILITAC que en la f MENCIAS EMAN	UTC ION echa
Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No al INSTITUTO	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI	L y/o al INSTIT N Y HABILITAC que en la f MENCIAS EMAN	UTC ION echa
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones:	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN	LINICA EMMNAUEIE REHABILITACIOI NACIONAL DE DEIFANTIL S.A.S confo	L y/o al INSTIT N Y HABILITAC que en la f MENCIAS EMAN rme con las siguie	UTC ION echa IUEI
Nosotros, identificado(s) coi NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la ins	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que pos stitución, medicamentos, da	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL olanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hosp stitución (bienes	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble	L y/o al INSTIT N Y HABILITAC que en la f MENCIAS EMAN rme con las siguie stados por los médes), copagos y cu	UTC ECHA ECHA IUEI Enter dicor
Nosotros, identificado(s) coi NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la ins	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que pos stitución, medicamentos, da	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL olanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hosp stitución (bienes	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble	L y/o al INSTIT N Y HABILITAC que en la f MENCIAS EMAN rme con las siguie stados por los médes), copagos y cu	UTC ECHA ECHA IUEI Enter dicor
Nosotros, identificado(s) coi NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de instrucciones y de instr	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en t favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE Ri tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL olanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia el	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la forme con las siguienstados por los médes), copagos y curician de la comunicación de la	UTC ECHA IUEI ente dicoa
Nosotros,	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que poi stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN	as firmas, autorizamos a .A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia el	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la forme con las siguienstados por los médes), copagos y curician de la comunicación de la	UTC ECHA IUEI ente dicoa
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia el	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la forme con las siguienstados por los médes), copagos y curician de la comunicación de la	UTC ECHA IUEI ente dicoa
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia el	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la forme con las siguienstados por los médes), copagos y curician de la comunicación de la	UTC ECHA IUEI ente dicoa
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en t favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo:	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er , y/o EMMANU	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la forme con las siguienstados por los médes), copagos y curician de la comunicación de la	UTC ECHA IUEI ente dicoa
Nosotros, identificado(s) cor NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la ins moderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p 2. Intereses de r	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en t favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er , y/o EMMANU	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo bital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguies stados por los médes), copagos y cu clinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION Eecha IUEI IUEI dicoo uota UUEI NUEI
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p 2. Intereses de r Así mismo me (no	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en te favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er , y/o EMMANU nonetarias.	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de qu	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \
Nosotros, identificado(s) cor NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p 2. Intereses de r Así mismo me (no pagare será llena	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga ado de acuerdo con estas ir	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL clanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra astrucciones, si al mome	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia el , y/o EMMANU nonetarias. nzas prejudicial y nto de la salida de	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de que del paciente ya nomi	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su tereses de serio de la cancelada en su tereses de r.	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en te favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga ado de acuerdo con estas in totalidad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra astrucciones, si al mome aso de que se haya hecho	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er n, y/o EMMANU nonetarias. nzas prejudicial y nto de la salida o abono a tal cuer	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de que del paciente ya nomi nta.	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p 2. Intereses de p 2. Intereses de r Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t Firma paciente:	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en te favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga ado de acuerdo con estas in cotalidad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HA hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra astrucciones, si al mome aso de que se haya hecho Noml	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. o al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er n, y/o EMMANU nonetarias. nzas prejudicial y nto de la salida o abono a tal cuer	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de que del paciente ya nomi nta.	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en te favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga ado de acuerdo con estas ir rotalidad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HAI hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra astrucciones, si al mome aso de que se haya hecho Noml de	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er y/o EMMANU nonetarias. nzas prejudicial y nto de la salida o abono a tal cuer ore del paciente:	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de que del paciente ya nomi nta.	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en te favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha plazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga ado de acuerdo con estas ir rotalidad, o por el saldo en ca	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HAI hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra astrucciones, si al mome aso de que se haya hecho Noml de	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er y/o EMMANU nonetarias. nzas prejudicial y nto de la salida o abono a tal cuer ore del paciente:	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de que del paciente ya nomi nta.	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \
Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:	mo aparece al pie de nuestr DEMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios en b favor de CLINICA EMMN IANUEL INSTITUTO DE RI tal será la suma total que por stitución, medicamentos, da emás gastos que se haya inc TO NACIONAL DE DEMEN INFANTILS.A.S; del pa fecha blazo: mora a la máxima tasa permi pos) obligo (obligamos) a paga ado de acuerdo con estas ir stotalidad, o por el saldo en ca e: consable: A CC PCIT	as firmas, autorizamos a A.S., y/o EMMANUEL blanco del pagare distingu AUEL CONSORCIO y/o EHABILITACION Y HAI hospitalización, consulta ños ocasionados a la in currido por concepto de l ICIAS EMANUEL S.A.S aciente tida por las autoridades r ar los gastos de las cobra astrucciones, si al mome aso de que se haya hecho Noml de	CONSORCIO C INSTITUTO DI ido con el No. al INSTITUTO BILITACION IN a prioritaria y hos stitución (bienes a permanencia er y/o EMMANU nonetarias. nzas prejudicial y nto de la salida o abono a tal cuer ore del paciente:	LINICA EMMNAUEI E REHABILITACIOI NACIONAL DE DEI FANTIL S.A.S confo pital día, servicios pres muebles e inmueble n el CONSORCIO C EL INSTITUTO DE I judicial en caso de que del paciente ya nomi nta.	L y/o al INSTITON Y HABILITAC que en la fomencias EMAN rme con las siguide estados por los médes), copagos y cu culinica EMMNA REHABILITACIO	UTC EION echa IUEI dico: uota: AUEI DN \

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Original: 29/06/2017 Versión: 01 Actualización: --/--/--- Página 2 de 2

	,	O		
	0	Spilled.	DUFI	Firma:
D	MERUNT	25598	765	:.ɔ.ɔ
ctnof	_ Oppyling	numit pa		Nombre
a y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo	contenido de esta cláusul	o cuidadosamente el implicaciones.	haber leídc sus v seone	Declaro
de información de riesgo divulgar la información mencionada para crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas ales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos	un auuappacuoc ap sobsau	imero, a evaluar los	erentes, pri entes el cun	combet
orroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación perará a las centrales de información de la obligación de indicarme, ticio durante los seis meses anteriores de mi petición.	en caso de que no lo sea, a es efectuadas. Tampoco lib	secta y ecualizada, y sobre las correccion	se informa se informa	y a que
ocioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros	nancieras y en general so licas o documentos público	iones comerciales, fi bases de datos púb	mis relaci públicos,	
ndicada en los literales B. y E. de esta cláusula. atos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a	sb ogsəir əb nöiəsmrofni e	.ar a las centrale <mark>s d</mark> e	atsinimus .	.∃
arla a dichas centrales. s de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el neriodo	asificarla y luego suministr Jad) como en las centrale:	ratarla, analizarla, ci ir, tanto en (la entid	puedan ti Franserva	ď
sc crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de pertinente, completa actualizada γ exacta de mi desempeño como si datos útiles para obtener una información significativa. e riesgo de manera directa γ, también, por intermedio de la e riesgo de manera directa γ control, con el fin de que estas une ejercen funciones de vigilancia γ control, con el fin de que estas	n na información veraz, I nzado y procesado diversos ionada a las centrales d lemás entidades públicas q	i que estas presente información meno información meno INANCIERA o las c	cai Torma deudor d Enviar la SUPERF	
'uturo de concederme un crédito.	lo o para valorar el riesgo f Normación de riesgo datos	geq əb babisadas im 19 sələriyəs səl e	deudor, r . Reportar	В
dichi sea en el nitromación relevante para conocer mi desempeño como				A
y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE uien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:	INTO NACIONAL DE DE	TISNT IP 0/A TEN	ANIMIN'S AJ	CETIAT
			:(s)ou	Telefor
			:uọị	Direcci
	ı oficio);	ndiente (profesión u	ador indepe	Trabaj
		FFE 000	(s)ou	Teléfoi
· JUDGES OPTOTAMES BY P				Direcci
	si no es el paciente:	1 .	peəldmə es	
	instanciaca lo so on is	· Prof-1 CE	Civil:	
0 ASNO	J36550 F	, ,	a de ciudada	
		<u> </u>	res: Ar	
	suscribir pagare y carta de			
DE INSTRUCCIONES	DTAD E INGRESO DE DATO ATRAD Y ERABAPA	JUSNOS ARAGUL	TORIZACIÓ	.NA