## Emanuel Independent

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 3

	1 11				1742
	Parcela Higie	h	PAGARE No. y/o	79 D.f.	
Yo/nosotros: X /	Tarresa voiga		PRIMERO: SUB SOF	oo doudoros in	identifica
do(s) como apare	nte al pie de mi (nuesi	ras) firma(s), declaramos al INSTITUTO NACIONAL	DE DEMENOTAS EM	ANIIFI SAS 1	/o FMMΔNIFI
		BILITACION INFANTIL S.			
			•	morko e, acresao	i, koi ia animaa
Por capital:	•		1		
				,	Por
intereses de mora:	a la máxima autorizada	por las autoridades moneta	rrias:		Por
otros gasto	os:				Nos
obligamos a pagar	dicha suma de dinero al a	creedor en sus oficinas de E	logotá D.C., en la Carrer	a 22 no. 142-63,	o en su orden, o
al tenedor de este	pagare, el día	de	del año	SE	GUNDO: que a
partir de esta f	echa, sobre las obligad	iones insultas y los gasto	pagaremos intereses	moratorios a la	tasa de máxima
autorizada por las	autoridades monetarias.	TERCERO: que en caso d	e cobro judicial o extra	judicial de este	pagare serán de
nuestro cargo los g	astos y costos que por di	cha cobranza se ocasionen,	así como el valor del im	ipuesto de timbr	e, si hay lugar de
él. CUARTO: a pa	artir de la fecha de la re	spectiva demanda judicial,	sobre los intereses per	ndientes, debidos	s con un año de
anterioridad o más	, pagaremos intereses a la	n máxima tasa fijada para la	mora. <b>QUINTO:</b> los h	onorarios de abo	gado, en caso de
arreglo directo o d	le pago a la etapa prejud	icial, se establecen en un	20% sobre el valor de	la obligación ma	s sus accesorios.
SEXTO: que serán	de nuestro cargo los imp	uestos que causen este pag	are, quedado al acreedo	or tacultando par	a pagarios por mi
cuenta si fuere nec	cesario. Este pagare sera	llenado por CONSORCIO EMMANUEL INSTITUTO	CLINICA EMMNAUEL	Y/O ALINSIIII	TON INEVNIL
CA E do conformi	emanuel S.A.S., y/o	que en documento a parte	homos impartido para	tal efecto, de co	nformidad con lo
	culo 622, inciso 2 del códi		Ticinos impartido para	in creeto, de co	mormada con lo
dispuesto en el arti	culo ozz, inciso z dei codi	go ac comercio.			
Firma(s):		y/o			Este
pagaré será ller	nado por el acreedor,	de conformidad de		ciones, que se	suscribe hoy
		· R 12 40		ari tinggap papingunahi. Alaman kalendarah kalendar	is is a second of the second o
			1-1- ·		÷
	CARTA DE INSTRUCC	IONES PARA LLENAR PA	GARE CON ESPACIOS	EN BLANCO	1
4	CARTA DE INSTRUCC	IONES PARA LLENAR PA	GARE CON ESPACIOS	EN BLANCO	1 1
Bogotá,D.C.,yo,		IONES PARA LLENAR PA	GARE CON ESPACIOS	EN BLANCO	y/o
Nosotros,		L AND TO THE CONTROL OF THE CONTROL			
Nosotros,identificado(s) com	o aparece al pie de nuest	ras firmas, autorizamos a C	ONSORCIO CLINICA	EMMNAUEL y/«	al INSTITUTO
Nosotros,identificado(s) com NACIONAL DE D	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE	EMMNAUEL y/o	al INSTITUTO HABILITACION
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I n blanco del pagare disting	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y	al INSTITUTO HABILITACION que en la
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I n blanco del pagare distin A EMMNAUEL CONSORO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE Juido con el No ZIO y/o al INSTITUTO	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I	al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I n blanco del pagare distino A EMMNAUEL CONSORC ITUTO DE REHABILITAC	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No ZIO y/o al INSTITUT ION Y HABILITACION	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit	o aparece al pie de nuest  EMENCIAS EMANUEL S  para llenar los espacios e  ito a favor de CLINIC  y/o EMMANUEL INST  acciones: al será la suma total que	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I n blanco del pagare distino A EMMNAUEL CONSORO ITUTO DE REHABILITAC e por hospitalización, cons	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No. ZIO y/o al INSTITUT ION Y HABILITACION ulta prioritaria y hospita	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INST ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I n blanco del pagare distino A EMMNAUEL CONSORC ITUTO DE REHABILITAC e por hospitalización, cons entos, daños ocasionados a	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No ZIO y/o al INSTITUTO ION Y HABILITACION ulta prioritaria y hospita la institución (bienes i	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ebles), copagos y
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e rito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INST: ucciones: al será la suma total que a la institución, medicames y demás gastos que s	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORC ITUTO DE REHABILITAC e por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conc	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE puido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios y muebles e inmue i en el CONSO	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e rito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INST: ucciones: al será la suma total que a la institución, medicames y demás gastos que s	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I In blanco del pagare distino A EMMNAUEL CONSORC ITUTO DE REHABILITAC e por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conc DNAL DE DEMENCIAS I	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No. EIO y/o al INSTITUTI ION Y HABILITACION ulta prioritaria y hospita la institución (bienes repto de la permanencia	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACIO!	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicames s y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO	ras firmas, autorizamos a C S.A.S., y/o EMMANUEL I In blanco del pagare distino A EMMNAUEL CONSORC ITUTO DE REHABILITAC e por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conc DNAL DE DEMENCIAS I	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/G BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE del
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e rito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicames s y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare distinua EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACE por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conconal DE DEMENCIAS IN HABILITACIO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No. EIO y/o al INSTITUTI ION Y HABILITACION ulta prioritaria y hospita la institución (bienes repto de la permanencia	EMMNAUEL y/G BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACIO! paciente	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare distinua EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACE por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conconal DE DEMENCIAS IN HABILITACIO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/G BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE del
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instruction in the siguiente in the siguient in the s	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N O ANTIQUO SANCIE SOLUCIONES DECO:	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conconal DE DEMENCIAS IN HABILITACIO DE PIQUE VE POR LO POR L	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/G BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S;	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y DRCIO CLINICA INSTITUTO DE del
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente \$\frac{1}{2}\$. Intereses de moderado de la fecta	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N O ANTIQUO SANCIO SOLUCIONES para a la máxima tasa perm	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conconsoral DE DEMENCIAS IN HABILITACIO DE PUBLICA POR POR LA CONSORIA DE CONSORIA DE DEMENCIAS IN CONSORIA DE DEMENCIAS IN CONSORIA DE DEMENCIAS IN CONSORIA DE DEMENCIAS IN CONSORIA DE	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS A.S conforme con prestados por los ebles), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instrut. El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente \$\frac{1}{3}\$ Intereses de pla 2. Intereses de moderadore (nos mismo me (nos services) como la como l	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N O ANTIQUO SANCIO DOUICIMBO DOUICIMBO O Obligo (obligamos) a page	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE PORTO DE CONSORCITUTO DE REHABILITACIO DE CONSORCITUTO DE DEMENCIAS E PORTO DE DEMENCIAS E PORTO DE	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ebles), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N Y Antiquo Sanche Bodo Documbo azo: ora a la máxima tasa perm o obligo (obligamos) a pagado de acuerdo con estas	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE PORTO DE CONSORCITUTO DE DEMENCIAS IN CONSORCITUTO DE CONSORCITUTO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ebles), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N Y Antiquo Sanche Bodo Documbo azo: ora a la máxima tasa perm o obligo (obligamos) a pagado de acuerdo con estas	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE PORTO DE CONSORCITUTO DE REHABILITACIO DE CONSORCITUTO DE DEMENCIAS E PORTO DE DEMENCIAS E PORTO DE	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ebles), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N Y ANTIGUE SANCIA DOUIEMBE ato obligo (obligamos) a para ado de acuerdo con estas calidad, o por el saldo en c	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE PORTO DE CONSORCITUTO DE DEMENCIAS IN CONSORCITUTO DE CONSORCITUTO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los ebles), copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N Y Antiquo Sanche Bodo Documbo azo: ora a la máxima tasa perm o obligo (obligamos) a pagado de acuerdo con estas	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE PORTO DE CONSORCITUTO DE DEMENCIAS IN CONSORCITUTO DE CONSORCITUTO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que ente ya nombrado	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los plesso, copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello. p la cuenta no es
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instructural valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e ito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N Y ANTIGUE SANCIA DOUIEMBE ato obligo (obligamos) a para ado de acuerdo con estas calidad, o por el saldo en c	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACO DE PORTO DE CONSORCITUTO DE DEMENCIAS IN CONSORCITUTO DE CONSORCITUTO	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que ente ya nombrado	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los plesso, copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello. p la cuenta no es
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACIOI paciente \$\frac{1}{2}\$. Intereses de pla 2. Intereses de moderadore Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot Firma pa	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e rito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N AN SAN DOUIEMBE DO Obligamos) a para ado de acuerdo con estas calidad, o por el saldo en c aciente:	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACIO e por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conconal DE DEMENCIAS IN HABILITACIO E POR LA CONSORCIO DE LA	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que ente ya nombrado	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los plesso, copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello. p la cuenta no es
Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente \$\frac{1}{2}\$. Intereses de pla 2. Intereses de moderadore forma pagare será llena cancelada en su tot Firma pagare será llena cancelada en su tot C.C.;	o aparece al pie de nuest EMENCIAS EMANUEL S para llenar los espacios e rito a favor de CLINIC y/o EMMANUEL INSTI ucciones: al será la suma total que a la institución, medicame es y demás gastos que s al INSTITUTO NACIO N ON Y ON LOGO SANCHE DO SANCHE DO SIGNO (obligamos) a pagado de acuerdo con estas calidad, o por el saldo en c aciente:	ras firmas, autorizamos a Co.A.S., y/o EMMANUEL In blanco del pagare disting A EMMNAUEL CONSORCITUTO DE REHABILITACIO e por hospitalización, consentos, daños ocasionados a e haya incurrido por conconal DE DEMENCIAS IN HABILITACIO E POR A CONSORTION DE PORTO DE POR	ONSORCIO CLINICA NSTITUTO DE REHAE guido con el No	EMMNAUEL y/o BILITACION Y O NACIONAL I I INFANTIL S.A al día, servicios i muebles e inmue i en el CONSO EMMANUEL ANTILS.A.S; n ingreso en caso de que ente ya nombrado	p al INSTITUTO HABILITACION que en la DE DEMENCIAS LS conforme con prestados por los plesso, copagos y PRCIO CLINICA INSTITUTO DE del con fecha haya lugar a ello. p la cuenta no es

## Correction Clinica Emananuel EMANUEL Inde Process

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS						
FR THRL 04	Original: 29/06/2017	Versión: 01				

Actualización: --/--/----Página 2 de 3

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

		4			DE INSTRUCC	·		7	
		en(es) ya(n) a			instrucciones:				
Nombre	s: 1 /C	6006	Higuen						
Cedula	de ciudadania: `	5206	libro	<u> </u>	-			•	
	Civil: X				Hans		<del></del>	<del></del> ,	
		n la que actúa,	si no es el pa	iciente: <u>¥</u>	Hama			-	
	a empleadora:	k							
Direcció		<u> </u>		<u> </u>		<u> Penggeria</u> Dagakat N <u>asi</u> L			
						une neming. Andir politices	= xyfe		
		nte (profesión ı						<del></del> .	
Direcció	n:	inging. The beginning	<u>na de la chaire de la come.</u> Negli Teorito è nyilografia e	<u>nask app Sprijstrung</u> n			And Color of the	<del></del>	
Telefono	o(s):						el on somete. Geter following		
solicitado	o, para: Consultar, er	ı cualquier tier	mpo, en las c	centrales de r	edit.	nformación rel	levante para o	el acreedor del conocer mi dese	
B. C. D. E.	Reportar a la sobre el incui tal forma que deudor despu Enviar la inf SUPERFINA estas puedan Conservar, ta necesario sefi Suministrar a mis relacione públicos, base	s centrales de inplimiento, se estas presentados de haber crormación men NCIERA o las tratarla, analizanto en (la enticalado en sus relas centrales de comerciales, es de datos públicas centrales des centrales des de datos públicas centrales de datos públicas de datos de datos públicas de datos dat	información de hubiere, de men una informuzado y procecionada a las demás entidicarla, clasificaridad) como er eglamentos la le información financieras y blicas o docum	e riesgo datos nis obligacione nación veraz, esado diversos s centrales d lades públicas rla y luego sur n las centrale información i n de riesgo da en general so nentos públicos	s, tratados o sines crediticias, o pertinente, com sidatos útiles pade riesgo de mis que ejercen fuministrarla a dicisa de riesgo, co indicada en los latos relativos a ocioeconómicas os.	tratar, tanto de mis debere pleta actualizara obtener un nanera directa unciones de vi has centrales. In las debidas iterales B. y E mis solicitudes que yo haya e	sobre el cump es legales de co ada y exacta d a información a y, también, igilancia y con actualizacione de esta ciáus s de crédito co entregado o qu	por intermedic atrol, con el fin es y durante el sula. omo otros atenu ue consten en re	onial de o como o de la de que periodo antes a egistros
veras, co rectificac	ompleta, exact ción y a que se	a y ecualizada informa sobre	a, y en caso las correccion	de que no la nes efectuada	o sea, a que s s. Tampoco libe	e deje consta rará a las cent	incia de mi d trales de inforr	nación suministi esacuerdo, a ex mación de la obl neses anteriores	xigir su ligación
para fine públicas	es diferentes, p competentes	rimero, a eval	uar los riesgo to de mis de	s de concede eberes consti	rme un crédito,	segundo, a v	verificar por pa	formación meno arte de las auto estadísticas y o	ridades
sus alcar	nces y sus impl		el contenido d	le esta cláusu	la <b>y</b> haberla co	mprendido a o	cabalidad, razo	ón por la cual e	ntiendo
Nombres	; <u>*&gt;</u>	<u> </u>	cera to	t 19ucra				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
C.C.:	<del></del>	520	76927 T	10191.					
Firma:	>	HO.	reelle	MQUER	n.				