Entricia inde

FORMATO PAGARE PA	RA PACIENTES	HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 3

	4 a				1 1	1729
V-1	re V. 6 Avar	27		GARE No.		
Yo/nosotros:	so al nia da mi (u	nuestras) firma(s), dec	y/0y	u aug comoc	doudores in	identi
		//o al INSTITUTO NA				
		HABILITACION INFA				
de:	ETTABLE TABLET	11/10/2011 21117	iiii za on iio cii oocii	ince omplement	e el del cedo	r, por la carre
Por capital:						
Por intereses de p	370:					
intereses de mora:	a la máxima autoriz	ada por las autoridade	s monetarias:			
otros gasto		F				
		al acreedor en sus ofic	inas de Bogotá D.C	en la Carrera 22	no. 142-63.	
al tenedor de este	pagare, el día	de	d	el año	SE	GUNDO: au
partir de esta f	echa, sohre las oh	oligaciones insultas y lo	os nastos nagaremos	intereses mora	torios a la	tasa de máx
		ias. TERCERO: que er				
		or dicha cobranza se oc				
		la respectiva demanda				
		s a la máxima tasa fijad				
		rejudicial, se establecer				
		impuestos que causen				
		será llenado por CONS				
		//o EMMANUEL INST				
		ones que en documento				
	culo 622, inciso 2 del		, a parto manto unpe			
anopaeoto en er ara						
				11 2 13 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14		<u>: </u>
Firma(s):	<u> </u>	^{1110年} y/c) <u></u>	1		
	ado por el acree	y/cedor, de conformida	d de la carta d		1911 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914	
pagaré será lier Bogotá,D.C.,yo,	ado por el acree	edor, de conformida UCCIONES PARA LLEI	d de la carta d		1911 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914	
pagaré será ller Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,	ado por el acreo	edor, de conformida	d de la carta d	SPACIOS EN E	BLANCO	suscribe
pagaré será ller Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com	CARTA DE INSTRI	ucciones para llei uestras firmas, autoriza	NAR PAGARE CON E	SPACIOS EN E	BLANCO	suscribe y al INSTITU
pagaré será ller Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D	CARTA DE INSTRI	UCCIONES PARA LLEI uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA	NAR PAGARE CON E	SPACIOS EN E CLINICA EMM DE REHABILIT	BLANCO INAUEL y/o	suscribe y al INSTITU HABILITACI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S	CARTA DE INSTRI Disparace al pie de n EMENCIAS EMANU Dara llenar los espaci	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA	NAR PAGARE CON E	SPACIOS EN E CLINICA EMM DE REHABILIT No.	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr	CARTA DE INSTRI Di aparece al pie de n EMENCIAS EMANU Dara llenar los espaci ito a favor de CLI	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagai NICA EMMNAUEL CO	NAR PAGARE CON E	SPACIOS EN E CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S.,	CARTA DE INSTRI Di aparece al pie de n EMENCIAS EMANU DOTA Ilenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA	NAR PAGARE CON E	SPACIOS EN E CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru	CARTA DE INSTRUCE co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU coara llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cciones:	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB	NAR PAGARE CON E	CLINICA EMM DE REHABILIT NO. INSTITUTO NA	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme
Bogotá,D.C.,yo, 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	CARTA DE INSTRUCE CARTA DE INSTRUCE CO aparece al pie de n EMENCIAS EMANU CO ara llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN CCCIONES: al será la suma total	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB	NAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO MUEL INSTITUTO Te distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI Ton, consulta prioritari	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INE	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I ACIONAL D FANTIL S.A , servicios p	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme orestados por
Bogotá,D.C.,yo, 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 a	CARTA DE INSTRUCE CARTA DE INSTRUCE CARTA DE INSTRUCE CARTA DE INSTRUCE CO aparece al pie de n EMENCIAS EMANU CO CO CO CO	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO MUEL INSTITUTO Te distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI Tonados a la institució	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF a y hospital día n (bienes mueb	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I ACIONAL D FANTIL S.A I, servicios p iles e inmue	suscribe y al INSTITU HABILITACI Que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago
Bogotá,D.C.,yo,Nosotros,identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos susce EMANUEL S.A.S., las siguientes instru1.El valor del capit médicos adscritos acuotas moderadore	CARTA DE INSTRUCE co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cicciones: al será la suma total a la institución, media s y demás gastos que	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagai NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari ponados a la institució por concepto de la p	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF la y hospital día n (blenes mueb ermanencia en	BLANCO INAUEL y/o FACION Y I ACIONAL D FANTIL S.A I, servicios p iles e inmue el CONSO	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI
Bogotá,D.C.,yo,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 a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o	CARTA DE INSTRU De aparece al pie de n EMENCIAS EMANU Dara llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cicciones: al será la suma total a la institución, medi s y demás gastos qual INSTITUTO NA	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagai NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasi ue se haya incurrido p	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con, consulta prioritari ponados a la institució por concepto de la p ICIAS EMANUEL S	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF ia y hospital día n (blenes mueb ermanencia en LA.S., y/o EM	INAUEL y/or FACION Y INACIONAL DE FANTIL S.A. In, servicios polles e inmue el CONSO IMANUEL I	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscre EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION	CARTA DE INSTRUCCIONES: al será la suma total a la institución, media s y demás gastos qual INSTITUTO NA	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagai NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasi ue se haya incurrido p	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari ponados a la institució por concepto de la p	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF ia y hospital día n (bienes mueb ermanencia en JA.S., y/o EM INFANTI	INAUEL y/oracion y inacion y inacion y inacion y inacion y inacion poles e inmue el conso inacion ils.a.s;	al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscre EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION	CARTA DE INSTRUCCIONES: al será la suma total a la institución, media s y demás gastos qual INSTITUTO NA	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagai NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasi ue se haya incurrido p	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con, consulta prioritari ponados a la institució por concepto de la p ICIAS EMANUEL S	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF ia y hospital día n (blenes mueb ermanencia en LA.S., y/o EM	INAUEL y/or FACION Y INACIONAL DE FANTIL S.A. In, servicios polles e inmue el CONSO IMANUEL I	suscribe y al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI
Bogotá,D.C.,yo, 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 a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CZ ~ NOV.	CARTA DE INSTRUCCIONES: al a será la suma total a la institución, medias y demás gastos qual INSTITUTO NA	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagai NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasi ue se haya incurrido p	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con, consulta prioritari ponados a la institució por concepto de la p ICIAS EMANUEL S	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF ia y hospital día n (bienes mueb ermanencia en JA.S., y/o EM INFANTI	INAUEL y/oracion y inacion y inacion y inacion y inacion y inacion poles e inmue el conso inacion ils.a.s;	al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CZ - NOU . Intereses de pla	CARTA DE INSTRI co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cciones: al será la suma total a la institución, medi as y demás gastos qual INSTITUTO NA LETILLE GUITA zo 18.	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN HABIL WYO E LOYN CO,	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO MUEL INSTITUTO Te distinguido con el DINSORCIO y/o al ILITACION Y HABI Tonados a la institució TONO CONSULTA PRIORICIA TONO CONSULTA PRIORICIA TONO CONSULTA PRIORICIA TONO	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF ia y hospital día n (bienes mueb ermanencia en JA.S., y/o EM INFANTI	INAUEL y/oracion y inacion y inacion y inacion y inacion y inacion poles e inmue el conso inacion ils.a.s;	al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI
Bogotá,D.C.,yo, 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 a cuotas moderadoro EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente OZ - NOU Intereses de pla Intereses de mo	CARTA DE INSTRI CARTA DE INSTRI Da aparece al pie de n EMENCIAS EMANU Dara llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cciones: al será la suma total a la institución, medi s y demás gastos qual INSTITUTO NA ALEMAN GONTA TOTO TOTO	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, dafíos ocasio ue se haya incurrido pa ACIONAL DE DEMEN WAY LOTO DE DEFINITIONAL DE DEMEN	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO Te distinguido con el DINSORCIO y/o al ILITACION Y HABI TONA TONA	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF a y hospital día n (blenes mueb ermanencia en I.A.S., y/o EM INFANTI quien	INAUEL y/or FACION Y INAUEL S.A. Servicios poles e inmue el CONSO IMANUEL INIUS.A.S; ingreso	y. al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme erestados por bles), copago RCIO CLINI INSTITUTO con fe
Bogotá,D.C.,yo, 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 a cuotas moderadoro EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente OZ - NOV Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos	CARTA DE INSTRI CARTA DE INSTRI Da aparece al pie de n EMENCIAS EMANU Dara llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cciones: al será la suma total a la institución, medi s y demás gastos qual INSTITUTO NA ALEITAL CARTA ZO 16. ZO: ra a la máxima tasa p o obligo (obligamos) a	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, dafíos ocasio ue se haya incurrido pa CIONAL DE DEMEN WAS EMPLOY OF HABIL WAS EMPLOYED DEFMITTED	MAR PAGARE CON E mos a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI on, consulta prioritari onados a la institució or concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION OC. ades monetarias. s cobranzas prejudicias	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF a y hospital día n (blenes mueb ermanencia en I.A.S., y/o EM INFANTI quien	INAUEL y/or FACION Y INAUEL S.A. Servicios poles e inmue el CONSO IMANUEL INTURA INTUR	y. al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme orestados por bles), copago RCIO CLINI INSTITUTO con fe
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscre EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CET DE NOU Intereses de pla Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena	CARTA DE INSTRI co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN ciciones: al será la suma total a la institución, medi s y demás gastos que al INSTITUTO NA LICITAL CARTO ZOTO. zo: cra a la máxima tasa p o obligo (obligamos) a ado de acuerdo con el	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, dafíos ocasi ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN OCIONAL DE DEMEN OC	mos a CONSORCIO NAR PAGARE CON E mos a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION DO ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF IA y hospital día n (blenes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien	INAUEL y/or FACION Y INAUEL S.A. Servicios poles e inmue el CONSO IMANUEL INTURA INTUR	y. al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme orestados por bles), copago RCIO CLINI INSTITUTO con fe
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscre EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CET DE NOU Intereses de pla Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena	CARTA DE INSTRUCCIONES: al a la institución, medias y demás gastos qual INSTITUTO NA LETALL COTO. ZOTO. zo a la máxima tasa po obligo (obligamos) a do de acuerdo con e alidad, o por el saldo	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN D	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el ONSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION TO: ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid hecho abono a tal cu	CLINICA EMM DE REHABILIT No INSTITUTO NA (LITACION INF a y hospital día n (bienes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien al y judicial en ca la del paciente y enta.	INAUEL y/or FACION Y INAUEL S.A. Servicios poles e inmue el CONSO IMANUEL INTURA INTUR	y. al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme orestados por bles), copago RCIO CLINI INSTITUTO con fe
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CZ - NOV . Intereses de pla d. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot	CARTA DE INSTRUCCIONES: al a la institución, medias y demás gastos qual INSTITUTO NA LETALL COTO. ZOTO. zo a la máxima tasa po obligo (obligamos) a do de acuerdo con e alidad, o por el saldo	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN D	mos a CONSORCIO NAR PAGARE CON E mos a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el DNSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION DO ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid	CLINICA EMM DE REHABILIT No. INSTITUTO NA ILITACION INF IA y hospital día n (blenes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien	INAUEL y/or FACION Y INAUEL S.A. Servicios poles e inmue el CONSO IMANUEL INTURA INTUR	y. al INSTITU HABILITACI que er DE DEMENCI S conforme orestados por bles), copago RCIO CLINI INSTITUTO con fe
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CZ - NOV . Intereses de pla d. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot	CARTA DE INSTRI co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cciones: al será la suma total a la institución, medi as y demás gastos qual INSTITUTO NA ACTIVE CONTRE co: co: cra a la máxima tasa p o obligo (obligamos) a ado de acuerdo con el alidad, o por el saldo	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN D	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el ONSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION TO: ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid hecho abono a tal cu	CLINICA EMM DE REHABILIT No INSTITUTO NA (LITACION INF a y hospital día n (bienes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien al y judicial en ca la del paciente y enta.	INAUEL y/or FACION Y INAUEL Y/or FACION Y INAUEL S.A. In servicios pules e inmue el CONSO IMANUEL IN ILS.A.S; ingreso	y. al INSTITUTHABILITACI que er pe DEMENCI .S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI (NSTITUTO) con fe praya lugar a er pla cuenta no
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscr EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente CZ - NOV . Intereses de pla d. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot	CARTA DE INSTRI co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN cciones: al será la suma total a la institución, medi as y demás gastos qual INSTITUTO NA ACTIVE CONTRE co: co: cra a la máxima tasa p o obligo (obligamos) a ado de acuerdo con el alidad, o por el saldo	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN D	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el ONSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION TO: ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid hecho abono a tal cu	CLINICA EMM DE REHABILIT No INSTITUTO NA (LITACION INF a y hospital día n (bienes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien al y judicial en ca la del paciente y enta.	INAUEL y/or FACION Y INAUEL Y/or FACION Y INAUEL S.A. In servicios pules e inmue el CONSO IMANUEL IN ILS.A.S; ingreso	y. al INSTITUTHABILITACI que er pe DEMENCI .S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI (NSTITUTO) con fe praya lugar a er pla cuenta no
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) com NACIONAL DE D INFANTIL S.A.S fecha hemos suscre EMANUEL S.A.S., las siguientes instru 1.El valor del capit médicos adscritos a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente C2 - NOV . Intereses de pla 2. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot Firma pa C.C.: 12339/12 Firma responsable:	CARTA DE INSTRI co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN ciciones: al será la suma total a la institución, medio s y demás gastos qual INSTITUTO Na la la institución, medio s y demás gastos qual INSTITUTO Na la la institución, medio s y demás gastos qual INSTITUTO Na la la máxima tasa p o obligo (obligamos) a ado de acuerdo con el alidad, o por el saldo ciente:	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN D	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el ONSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION TO: ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid hecho abono a tal cu	CLINICA EMM DE REHABILIT No INSTITUTO NA (LITACION INF a y hospital día n (bienes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien al y judicial en ca la del paciente y enta.	INAUEL y/or FACION Y INAUEL Y/or FACION Y INAUEL S.A. In servicios pules e inmue el CONSO IMANUEL IN ILS.A.S; ingreso	y. al INSTITUTHABILITACI que er pe DEMENCI .S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI (NSTITUTO) con fe praya lugar a er pla cuenta no
Bogotá,D.C.,yo, 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 a cuotas moderadore EMMNAUEL y/o REHABILITACION paciente C2 - NOV . Intereses de pla d. Intereses de mo Así mismo me (nos El pagare será llena cancelada en su tot Firma pa	CARTA DE INSTRI co aparece al pie de n EMENCIAS EMANU cora llenar los espaci ito a favor de CLI y/o EMMANUEL IN ciciones: al será la suma total a la institución, medio s y demás gastos qual INSTITUTO Na la la institución, medio s y demás gastos qual INSTITUTO Na la la institución, medio s y demás gastos qual INSTITUTO Na la la máxima tasa p o obligo (obligamos) a ado de acuerdo con el alidad, o por el saldo ciente:	uestras firmas, autoriza EL S.A.S., y/o EMMA ios en blanco del pagal NICA EMMNAUEL CO NSTITUTO DE REHAB I que por hospitalizaci camentos, daños ocasio ue se haya incurrido p ACIONAL DE DEMEN D	MAR PAGARE CON E MOS a CONSORCIO NUEL INSTITUTO re distinguido con el ONSORCIO y/o al ILITACION Y HABI con consulta prioritari conados a la institució cor concepto de la p ICIAS EMANUEL S ITACION TO: ades monetarias. s cobranzas prejudicia momento de la salid hecho abono a tal cu	CLINICA EMM DE REHABILIT No INSTITUTO NA (LITACION INF a y hospital día n (bienes mueb ermanencia en A.S., y/o EM INFANTI quien al y judicial en ca la del paciente y enta.	INAUEL y/or FACION Y INAUEL Y/or FACION Y INAUEL S.A. In servicios pules e inmue el CONSO IMANUEL IN ILS.A.S; ingreso	y. al INSTITUTHABILITACI que er pe DEMENCI .S conforme prestados por bles), copago RCIO CLINI (NSTITUTO) con fe praya lugar a er pla cuenta no



FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 0:

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

oatos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Iombres: Top V. Cortrarez P.
edula de ciudadanía: 777997
stado Civil: Casaso.
arentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
mpresa empleadora: CONSONCIO EXPRES \$75
pirección: <u>CRA · 128 C 100-13 9-68</u> .
eléfono(s): 3/6 300030\$
rabajador independiente (profesión u oficio):
irección:
elefono(s):
peciaro 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 NSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito olicitado, 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 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.
eras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su ectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación e indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi etición.
a autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada ara fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades úblicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, lediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
eclaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo us alcances y sus implicaciones.
ombres
.C.:
rma: