## PARAMERS. Inde Permental Permetal Permental Permetal Página 2 de 2

## ACTIATISTO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

PA	GA	RE	No.
150.070		M 25	

o(s) como aparece al pie de mi (nuestas) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores incondicionales de CONSORCIA.  LINITAC AEMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. y/o EMMANUEL INSTITUTO DE CEHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de la carte de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Po la carte de plazo:  terreses de plazo:  terrese de plazo:  terrese de plazo:  terrese de plazo:  terrese de	Yo/nosotros: Horra Luzanta	RINTO HIGHER Y/O Y/O	identifica
ELINICA EMMANUEL I y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE CEREBOLIA, por la cantidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho despotá, D.C., yo, godo, como aparece al pie de nuestras firmas, autorizados no la caredor, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de la carta de instrucciones, que se suscribe ho decumento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de la carta de la como aparece al pie de nuestras firmas, autorizados conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de la carta de	do(s) como anarece al nie de mi (nues	tras) firma(s), declaramos: PRIMERO: que somos deudores	incondicionales de CONSORCIO
EHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidad de portereses de piazo: tereses de piazo: tereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Potros gastos:  Notigiagmos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, ci la tenedor de este pagare, el día de del año SEGUNDO: que el cardo de de del año SEGUNDO: que el cardo de la sutoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo lo astos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay fugar de él. CUARTO: a parti e la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremo intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arregio directo o de paga a la etap rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuer encesario. Este pagaré serenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Sogotó, D.C., yo, y/o  Magaré será llenado, por el acreedor, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do detentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y	I INICA EMMNALIEL V/O al INST	ITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., Y	O EMMANUEL INSTITUTO DE
pitital: Po tereses de piazo: Po tereses de piazo: Po tereses de piazo: Po tereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Po po po po po tereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Po	FHARILITACION Y HABILITAG	CION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el	acreedor, por la cantidad de:
precises de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Pros gastos:  No: pagastos:  SEGUNDO: que a caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los atoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los atoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los la etapa teriducial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo pupuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarios por mi cuenta si fuer nearón. Este pagaré serando por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  Imma(s):  W/o  LORDAD DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACIO			Por
tereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:	enital:		Por
tereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:  Poros gastos:  Jogamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, tenedor de este pagare, el día  de del año  Adel año	tereses de plazo:		Por
postá p.C., yo.  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  MANAUEL INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  CONSONTOS, Dominio parece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL LY/o al INSTITUTIO ACCIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION  NENARTI S.A.S., ya fe manuel será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital dia, servicios prestados por los médicos discritos a la institución, medicamentos, del paciente y demás gastos per que na la máxima tasa figuas para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etaprejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo nuestre se al a máxima tasa figuad para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etaprejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo nuestre se caso de arreglo directo o de pago a la etaprejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo nuestre a composito de la cargo	tereses de mora: a la máxima aut	orizada por las autoridades monetarias:	Por
pligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, tetenedor de este pagare, el día de del año del acreedor en su aturoidades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo lo satos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar del CUARTO: a parti el a fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremo tereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapi regulcial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo ripuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarios por mi cuenta sí fuere necesario. Este pagaré ser lado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do morercio.  TIMO DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION (SOCIOS).  TIMO DE SERVICIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.  CARTA DE INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.  Esta del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institu	roc nactos		Nos
tenedor de este pagare, el día	oligamos a pagar dicha suma de dir	ero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera	22 no. 142-63, o en su orden, o
artir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxima autorizado ria sa autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los astos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a parti te la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremo tenteses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de paga a la etape rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo pupuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta sí fuencesario. Este pagaré serándo por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Yo al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que o de comercio.  "Ima(s):	tenedor de este pagare, el día	dedel año	SEGUNDO: que a
or las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán de nuestro cargo los astos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de él. CUARTO: a parti el a fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremo tereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arregio directo o de pago a la etapirejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo inpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré ser enado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL LYO al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  L'Imagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho de la carta de instrucciones, que se suscribe ho de la carta de instrucciones, que se suscribe ho de la carta de instrucciones, que en la feche institución (Socionos, Judicial en la carta de instrucciones, que en la feche institución (Socionos, Judicial en la carta de instrucciones, que en la feche institución (Socionos, Judicial en la carta de instrucciones, que en la feche institución (Socionos, Judicial en la carta de instrucciones, que en la feche instrucciones (Socionos) de la pagare distinguido con el No que en la feche instrucciones (Socionas) de la pagare distinguido con el No que en la feche instrucciones (Socionas) de la pagare distinguido con el No que en la	artir de esta fecha, sobre las obl	igaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorio	os a la tasa de máxima autorizada
astos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de el. CUARTO: a partie el a fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses padientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremo tereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etaprejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo inpuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré ser enado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y// MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO **Logotá, D.C., yo, **Logotá, D.C., y	or las autoridades monetarias. TER	CERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este p	pagare serán de nuestro cargo los
e la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o mas, pagaremo itereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etapier ejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo npuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré ser lenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL J/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMERCIAS EMANUEL S.A.S., y/o MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  logotóa, D.C., yo, yo  Gosotros, de le la carea de instrucciones, que se suscribe ho  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  logotóa, D.C., yo, yo  Gosotros, de le la carea de los expacios en blanco del pagare distinguido con el No. Que en la feche emenos suscrito a favor de CLINICA EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes suscrito a favor de CLINICA EMMANUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTIO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguientes nstrucciones:  Lel valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e immuebles), copagos y cuota indicamentos y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMANUEL (y/o al INSTIT	astos y costos que por dicha cobrana	za se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si l	nay lugar de él. CUARTO: a partir
itereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de arreglo directo o de pago a la etaple rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo lo nuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré serando por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL LYO al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o manuella parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO**  **SUPORIOR DE PEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme con las siguiente entrucciones:  **EL valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota noderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de	e la fecha de la respectiva demanda	judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año o	de anterioridad o más, pagaremos
rejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO: que serán de nuestro cargo io en puestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si fuere necesario. Este pagaré ser enado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  LOSOTOS,  Igrandia de la carta de instrucciones, que se suscribe ho  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  LOSOTOS,  Igrandia de la carta de instrucciones, que se suscribe ho  CARTA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SE PACE DE LA CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUE  S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguiente instrucciones:  La valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e immebles), copagos y cuote noderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMAUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Lasímismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar	tereses a la máxima tasa fijada para	la mora. <b>QUINTO:</b> los honorarios de abogado, en caso de al	rreglo directo o de pago a la etapa
injuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mil cuenta si fuere necesario. Este pagare ser lenado por 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 de conformidad con las instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código domercio.    Irma(s):	rejudicial, se establecen en un 20%	sobre el valor de la obligación más sus accesorios. SEXTO	: que serán de nuestro cargo los
mmanuel instituto de Rehabilitacion y Habilitacion in Hantil s.a.s. de conformidad con la instrucciones que no documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código di omercio.    Imagaré   Será   Ilenado   por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho conformidad   por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho conformidad   por el acreedor, de conformidad   por el acreedor   por el	npuestos que causen este pagaré, q	uedado al acreedor facultando para pagarlos por mi cuenta si	fuere necesario. Este pagare sera
MMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conformidad con las instrucciones que n' documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código d' omercio.  TIMAGONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No que en la fech emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguiente instrucciones y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE (/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente unen ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la	enado por CONSORCIO CLINICA	EMMNAUEL V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEM	ENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o
n documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código do omercio.  Trans(s):  CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Ogotá,D.C.,yo,  Josotros,  Lentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO ACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NEANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.  Que en la fechienos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL A.S. (conforme con las siguiente instrucciones:  El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota decardores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente ulen ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Nombre del paciente:  Nombre del responsable:	MMANUEL INSTITUTO DE REHA	BILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S de conf	formidad con las instrucciones que
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Ogotá, D.C., yo,	n documento a parte hemos impart	ido para tal efecto, de conformidad con lo dispuesto en el a	rtículo 622, inciso 2 del código d
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  Ogotá, D.C., yo,			
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  ogotá, D.C., yo,		ar cantroled housenfulling at 8000 Operation of the section of the	and the second of the second o
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  ogotá, D.C., yo,	rma(s): Etuatual	PROPERTY OF A PROPERTY OF VIOLENCE CANCELLED TO TOTAL AND A STATE OF THE PROPERTY OF THE PROPE	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO  logotá, D.C., yo,	11110(3).	I I fided do la contra do instrucc	iones que se suscribe ho
dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION que en la fech nemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguiente instrucciones:  1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE y/O al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/O EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  1. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  2. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no ecancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Prirma paciente:	pagaré sera llenado por el a	creedor, de conformidad de la carta de instrucciones para LLENAR PAGARE CON ESPACIOS	EN BLANCO
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	carra DE INS	creedor, de conformidad de la carta de instrucciones para LLENAR PAGARE CON ESPACIOS	EN BLANCO
emos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguiente nstrucciones:  "El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. Dagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concendada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Nombre del paciente:	CARTA DE INS	creedor, de conformidad de la carta de instrucciones para llenar pagare con espacios	EN BLANCO  y/o
Remos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL  S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguiente instrucciones: El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota inderendores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente puien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. Desagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Serima paciente:	CARTA DE INS	trucciones para llenar pagare con espacios de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA	EN BLANCO  Y/o  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO
S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con las siguiente enstrucciones:  .El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médico descritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota noderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE.  //o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente    Julien ingreso con fecha	carra de inscorpor el a compara de la compar	STRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA  NUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAE	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de	CARTA DE INS  ogotá, D.C., yo, losotros, dentificado(s) como aparece al pie o  IACIONAL DE DEMENCIAS EMA  NEANTI S.A.S para llegar los esp.	STRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INVILL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAE  acios en blanco del pagare distinguido con el No.	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACIOI  que en la fech
El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por los médicos discritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota noderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente luien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mo	CARTA DE INS  ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie e lACIONAL DE DEMENCIAS EMA NFANTIL S.A.S para llenar los espremos suscrito a favor de CLINIC	trucciones para llenar pagare con espacios de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA NUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAE acios en blanco del pagare distinguido con el No.	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE
descritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e inmuebles), copagos y cuota noderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUE (o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente uien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de plazo:  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  In	CARTA DE INS  ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie e laCIONAL DE DEMENCIAS EM NFANTIL S.A.S para llenar los espe emos suscrito a favor de CLINIC LA.S., y/o EMMANUEL INSTITU	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INVILLA S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y/O AL INSTITUTO NACIONO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de	CARTA DE INS  ogotá, D.C., yo, osotros, lentificado(s) como aparece al pie e laCIONAL DE DEMENCIAS EM NFANTIL S.A.S para llenar los espe emos suscrito a favor de CLINIC LA.S., y/o EMMANUEL INSTITU	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INVILLA S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y/O AL INSTITUTO NACIONO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo, Osotros, Ientificado(s) como aparece al pie de la capital será llenar los espemos suscrito a favor de CLINIC.  A.S., y/o EMMANUEL INSTITUT  Instrucciones: LEI valor del capital será la suma toto.	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INVIEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIACIOS en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SAI que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sai que por hospitalización.	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech  NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico
Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de pl	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo, Osotros, Ientificado(s) como aparece al pie e IACIONAL DE DEMENCIAS EMA NFANTIL S.A.S para llenar los espemos suscrito a favor de CLINIC I.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU Instrucciones: IEl valor del capítal será la suma tot descritos a la institución, medicamo	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INVIEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION GENERAL EN LINE INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION ACION DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION ACION DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION ACION DE REHABILITACION ACION DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL DE REHABILITACION ACION DE REHABILITACION DE REHABILITACION ACION DE REHABILITACION DE R	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech  AL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota
Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mone	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo, Osotros, Jentificado(s) como aparece al pie de  IACIONAL DE DEMENCIAS EMA  NFANTIL S.A.S para llenar los espemos suscrito a favor de CLINICA  LA.S., y/o EMMANUEL INSTITU  Instrucciones:  El valor del capítal será la suma toto decritos a la institución, medicamo  conderadores y demás gastos que se	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA I ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB acios en blanco del pagare distinguido con el No. A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles de hava incurrido por concepto de la permanencia en el CON	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech  AL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE
Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo,  Osotros,  Jentificado(s) como aparece al pie o  IACIONAL DE DEMENCIAS EMA  NFANTIL S.A.S para llenar los espi emos suscrito a favor de CLINIC  J.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU  Instrucciones:  J.El valor del capital será la suma tot  descritos a la institución, medicamo  noderadores y demás gastos que se  la linstituto NACIONAL De	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA I ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INST	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Insi mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello. Intereses activos de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitida permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades monetarias.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades perjudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades perjudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora a la máxima tasa permitidades perjudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora de la salidade perjudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora de la salidade perjudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora de la salida del paciente y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora de la salida del paciente y judicial en caso de que haya lugar a ello.  Intereses de mora de la salida del paciente y judicial en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Intereses de mora de la salida del paciente y judicial en caso de que se haya hecho abono a tal cue	CARTA DE INS  Ogotá,D.C.,yo, Osotros, Ientificado(s) como aparece al pie e IACIONAL DE DEMENCIAS EMA NFANTIL S.A.S para llenar los espemos suscrito a favor de CLINIC I.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU Instrucciones: IEl valor del capital será la suma tot descritos a la institución, medicame inoderadores y demás gastos que se i/o al INSTITUTO NACIONAL DI IABILITACION INFANTILS.A.S.	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA  ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAE  acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION  TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se  entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles  en haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  del paciente	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota sisorcio Clinica Emmnaue ituto de Rehabilitacion
así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que naya lugar a ello. Lagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no el ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Sirma paciente:	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo,  osotros,  lentificado(s) como aparece al pie e  IACIONAL DE DEMENCIAS EMA  NFANTIL S.A.S para llenar los espe emos suscrito a favor de CLINIC  I.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU  instrucciones:  .El valor del capital será la suma tot descritos a la institución, medicame inoderadores y demás gastos que se  lo al INSTITUTO NACIONAL DE  IABILITACION INFANTILS.A.S  uien ingreso con fecha	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA I ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  del paciente	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION
agare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no e ancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Sirma paciente: Nombre del paciente: de	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo,  osotros,  lentificado(s) como aparece al pie e  IACIONAL DE DEMENCIAS EMA  NFANTIL S.A.S para llenar los espe emos suscrito a favor de CLINIC  I.A.S., y/o EMMANUEL INSTITU  instrucciones:  .El valor del capital será la suma tot descritos a la institución, medicame inoderadores y demás gastos que se  lo al INSTITUTO NACIONAL DE  IABILITACION INFANTILS.A.S  uien ingreso con fecha	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA I ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  del paciente	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION
Annocelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Nombre del paciente:	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo,  losotros,  dentificado(s) como aparece al pie de la	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INVILLA S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION O EN CONSORCIO Y/O AL INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE AL QUE POR hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO SE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO SE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO SE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANU	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACIOI  que en la fech  NAL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION
Pirma paciente:	CARTA DE INS  Ogotá, D.C., yo, Osotros, Dentificado(s) como aparece al pie de la	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA I ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, sentos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL  del paciente del pagare distinguido con el No.  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION DE REMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech  AL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota ASORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION en caso de que haya lugar a ello.
Firma paciente:Nombre del paciente:	CARTA DE INSTIDUO POR EL AS MACIONAL DE DEMENCIAS EMACIONAL DE DEMENCIAS AS PARA EL CASA DE LA CASA DE L	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA I ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB  acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION  TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se  entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles  e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INST.  del paciente  asa permitida por las autoridades monetarias.  aso) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en  n estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech  AL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION en caso de que haya lugar a ello. Inte ya nombrado la cuenta no ele
Firma responsable: Acronic for to House Service	CARTA DE INSTITUTO NACIONAL DE ABILITACION INFANTILS.A.S. quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima to cagare será llenado de acuerdo co cancelada en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad.	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA  ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB  acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION  TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se  entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles  en haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  del paciente  asa permitida por las autoridades monetarias.  os) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial el  n estas instrucciones, si al momento de la salida del pacien  aldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech que en la fech s.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION en caso de que haya lugar a ello. Inte ya nombrado la cuenta no en
Nombre del responsable: Heave Serando per la Hegyera	CARTA DE INSTITUTO NACIONAL DE ABILITACION INFANTILS.A.S. quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima to cagare será llenado de acuerdo co cancelada en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad, o por el se dos canceladas en su totalidad.	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA  ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB  acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION  TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se  entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles  en haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  del paciente  asa permitida por las autoridades monetarias.  os) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial el  n estas instrucciones, si al momento de la salida del pacien  aldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech que en la fech s.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION en caso de que haya lugar a ello. Inte ya nombrado la cuenta no en
Nombre del responsable: Henry Johnson Joseph Hegyero	CARTA DE INSTITUTO NACIONAL DI ABILITACION INFANTILS.A.S quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima to se mismo me (nos) obligo (obligame ocancelada en su totalidad, o por el serima paciente:	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA  ANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHAB  acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION  TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se  entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles  en haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INST.  del paciente  asa permitida por las autoridades monetarias.  os) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en  n estas instrucciones, si al momento de la salida del pacien  aldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Nombre del paciente:	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fech  AL DE DEMENCIAS EMANUE S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota ASORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION  en caso de que haya lugar a ello. Inte ya nombrado la cuenta no ello
	CARTA DE INSTITUTO NACIONAL DI ABILITACION INFANTILS.A.S quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima to agare será llenado de acuerdo con cancelada en su totalidad, o por el serior de la suma por el serior de la suma totalidad, o por el serior de la suma totalidad.	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABIA  acios en blanco del pagare distinguido con el No.  A EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION  TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL  al que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, se entos, daños ocasionados a la institución (bienes muebles e haya incurrido por concepto de la permanencia en el CON  E DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO  del paciente  asa permitida por las autoridades monetarias.  os) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente aldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta.  Nombre del paciente:	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fecha que en la fecha AL DE DEMENCIAS EMANUEI S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota ASORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION en caso de que haya lugar a ello. Ente ya nombrado la cuenta no ente y
c.c.: 46.362758. de Stoganoso	CARTA DE INSTITUTO NACIONAL DI ABILITACION INFANTILS.A.S quien ingreso con fecha Intereses de plazo:  Intereses de mora a la máxima to agare será llenado de acuerdo con cancelada en su totalidad, o por el serior de la suma por el serior de la suma totalidad, o por el serior de la suma totalidad.	TRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS  de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA INUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILICION SORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE A LENGUA DE CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE A LENGUA DE CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE A LENGUA DE CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE A LENGUA DE CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE A LENGUA DE CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACION TO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL SE A LENGUA DE CONSORCIO CONSORCIO CLINICA DE CON	EN BLANCO  EMMNAUEL y/o al INSTITUTO BILITACION Y HABILITACION  que en la fecha NAL DE DEMENCIAS EMANUEI S.A.S conforme con las siguiente servicios prestados por los médico e inmuebles), copagos y cuota NSORCIO CLINICA EMMNAUE ITUTO DE REHABILITACION  en caso de que haya lugar a ello. Inte ya nombrado la cuenta no el

# Consorcio Chrica Emmarinet Instituto Nacional de Demencias Emanuel Instituto Demencias Demencias Demencias

Página 1 de 2

### O ASSISTED FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Actualización: -/

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: MODDAM OTUSTIZADA SON AMENICA ADMINISTRAÇÃO DE SON A
Nombres: Hand Jurania Pinto Higueras 10 2.22 ITMAMI MODATLIBAN Y MODATLIBANAS
Cedula de ciudadanía: 46-362.258
Estado Civil: 4 o // como so sesensino
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:
Empresa empleadora: flores of Zonio Domos de Maria de Sonio de Son
Dispersion of Charles to a series of the ser
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos paratemos intereses promotorios e y los esta el constante de esta fecha, sobre las obligaciones de la constante de esta fecha en esta fecha en esta el constante de esta fecha en esta el constante de esta fecha en esta el constante de es
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección: paga de la respectiva demanda fudicial, some los toteraces pendientes, resolas con un aña de antenenciad o mas, paga moción de la fecha de la respectiva demanda fudicial, some los toteraces pendientes, resolas con un aña de antenenciado o mas, paga moción de la fecha de
Telefono(s): 8 Open en o open a place a la casa de aboque o partir de la casa
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.
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 haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.
Nombres Mario Irzunto Prit Higuero.
C.C.: 46364359 eldsanogan lab andmo
Firma: Stanfield 90
Tillia.