## Conservato Entrares Entrares Entrares Indicators de locations de locat

## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

 Original: 29/06/2017
 Versión: 01

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

PAGARE No.

|  | yermy Sor   | mas som   | he2   | v/   | 'n  | 52m555  | 29 pma  | ata idar  | ntifica   |
|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| do(s) como apa   | arece al pie de n   | ni (nuestras) firm  | heる<br>ia(s), declaramos: <b>F</b>  | PRIMERO: q   | ue somos  | deudores incor  | ndicionales o   | le <b>CONSO</b>   | RCIO  |
| CLINICA EM   | MNAUEL y/o a  | I INSTITUTO N   | <b>ACIONAL DE DE</b>  | MENCIAS EN   | MANUEL S  | S.A.S., y/o EN  | 1MANUEL :   | INSTITUT  | O DE  |
| REHABILITA   | CION Y HAB  | ILITACION IN  | IFANTIL S.A.S   | n adelante   | simpleme  | ente el acree   | dor, por l  | a cantidad  | d de:   |
|  |   |   |   |  |   |   |   |   | _ Poi   |
| capital:   | nlaze   |   |   |  |   |   |   |   | _ Poi   |
| intereses de   |   | ma autorizada n   | or las autoridades  |  |   |   |   |   | _ Poi   |
|  | gastos:   | na autorizada p   | or las autoridades  | monetarias:_   |   |   |   |   |   |
|  | gastos<br>agar dicha suma   | de dinero al acr  | eedor en sus oficin   | as de Rogotá   | D.C. on   | la Carrora 22 n   | 0 1/2-62  | 0 0D CH 0r  | Nos   |
| al tenedor de e  | este nadare el  | dia   | de  | as de bogota   | dol -   | ia Carrera 22 II  | 10. 142-03, (<br>SE <i>C</i>  | SIINDO A  | auo a   |
| nartir de esta   | a fechal sobre  | las obligaciones  | insultas y los gasto  | c nagaromos  | intorococ   | moratorios a la   | SEC   | Svima auto  | que a   |
| nor las autorida   | ades monetarias   | TEDCEDO: au   | e en caso de cobro  | s pagarenios<br>judicial a out   | miereses<br>ra indicial   | de este pagar   | i lasa de illa  | ixiiiia auto  | i izdud   |
| gastos v costos  | s que nor dicha o   | ohranza se ocas   | ionen, así como el v  | Judiciai U ext<br>Valor del impi   | .ra juuluar<br>Josto do ti  | ue este pagare  | ase do ól. 🕥  |   | go ios  |
| de la fecha de l   | la respectiva dei   | manda judicial s  | obre los intereses p  | endientes di   | aesto de ti<br>obidos con   | ilibie, Si ilay lu<br>ilin año de ant   | yaı ue el. <b>C</b> ı<br>erioridəd o  | mác nadai   | pai ui<br>romoc   |
| intereses a la m   | náxima tasa fijad   | da nara la mora   | QUINTO: los hono  | rarios de abo  | aado en d   | raso de arregio   | directo o de  | nago a la   | etana   |
| prejudicial, se  | establecen en u   | ın 20% sobre el   | valor de la obligac   | ón más sus   | accesorios  | SFXTO: que  | serán de n  | i pago a ia<br>Hestro cari  | an Ins  |
| impuestos que  | causen este pag   | aré, quedado al   | acreedor facultand  | nara nagarl  | os por mi   | cuenta si fuere   | necesario   | Este nagar  | go los<br>é será  |
| llenado por CC   | ONSORCIO CL   | INICA EMMNA   | UEL y/o al INST   | TTUTO NAC  | CIONAL  | DE DEMENCIA   | AS EMANU  | IEL S.A.S.  | . v/a   |
| <b>EMMANUEL I</b>  | NSTITUTO DE   | REHABILITAC   | ION Y HABILITA  | ION INFAN  | ITIL S.A.   | de conformid  | ad con las i  | nstruccione   | es que  |
| en documento   | a parte hemos   | impartido para t  | al efecto, de confo   | midad con lo   | dispuesto   | o en el artículo  | 622. inciso   | 2 del códi  | iao de  |
| comercio.  |   |   | ,   |  |   |   |   |   |   |
| Firms = (a):   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| Firma(s):  | llopode see   | _1  | y/o   |  |   | instrucciones,  |   |   | Este  |
| pagaré será  | llenado por   | el acreedor,  | de conformidad  | de la ca   | anta do   | inctruccionoc   | ane se  | suscribe  | hoy   |
|  | CARTA D   | E INSTRUCCIO  | ONES PARA LLENA   |  |   | •   | •   |   |   |
|  | ),  |   |   |  |   | •   | •   |   |   |
| Nosotros,  | ),  |   | ONES PARA LLEN  | AR PAGARE  | CON ESP   | PACIOS EN BL  | ANCO  |   | _,,   |
| Nosotros,identificado(s)   | como aparece a  | al pie de nuestra   | ONES PARA LLENA   | AR PAGARE  | CON ESP   | ACIOS EN BL   | ANCO  | al INSTI  | TUTO  |
| Nosotros,identificado(s) NACIONAL D  | como aparece a  | al pie de nuestra   | ONES PARA LLENA<br>s firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN   | AR PAGARE  os a CONSC  UEL INSTI   | CON ESP<br>DRCIO CL<br>TUTO DE  | PACIOS EN BL  | ANCO  AUEL y/o  | al INSTI  | TUTO<br>CION  |
| Nosotros,identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A   | como aparece a<br>DE DEMENCIAS<br>A.S para llenar lo  | al pie de nuestra<br>6 EMANUEL S./<br>os espacios en bl   | ones para llen/ s firmas, autorizam A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis   | AR PAGARE  os a CONSC  UEL INSTI  tinguido con   | CON ESP<br>DRCIO CL<br>TUTO DE<br>el No   | PACIOS EN BL  | ANCO  AUEL y/o  | al INSTI  | TUTO<br>CION<br>fecha   |
| Nosotros,identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A hemos suscrito  | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S.,<br>os espacios en bl<br>INICA EMMNA  | ones para llen/ s firmas, autorizam A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO   | os a CONSC<br>UEL INSTI-<br>tinguido con   | CON ESP<br>DRCIO CL<br>TUTO DE<br>el No   | PACIOS EN BL  INICA EMMN REHABILITA   | ANCO  AUEL y/o ACION Y H  | al INSTITIALITA   | TUTO<br>CION<br>fecha   |
| Nosotros,  | como aparece a E DEMENCIAS A.S para llenar lo a favor de CL MMANUEL INS   | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S.,<br>5s espacios en bl<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE  | S firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN<br>anco del pagare dis<br>UEL CONSORCIO<br>HABILITACION Y  | os a CONSC<br>UEL INSTI<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC   | CON ESP<br>DRCIO CL<br>TUTO DE<br>el No<br>STITUTO<br>CION INF  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D  | ANCO  AUEL y/o ACION Y H E DEMENC   | al INSTITALITALITALITALITALITALITALITALITALITA  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes                                     |
| Nosotros,  | como aparece a DEMENCIAS A.S para llenar lo a favor de CL MMANUEL INS apital será la sun  | al pie de nuestra<br>6 EMANUEL S<br>0s espacios en bl.<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por   | s firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN<br>anco del pagare dis<br>UEL CONSORCIO<br>HABILITACION Y  | os a CONSC<br>UEL INSTI-<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC  | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No STITUTO CION INF  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>ANTIL S.A.S   | ANCO  IAUEL y/o ACION Y H E DEMENO conforme co  | al INSTITIABILITAG<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui   | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes                                     |
| Nosotros,  | como aparece a de DEMENCIAS<br>A.S para llenar lo a favor de CL<br>MMANUEL INS<br>apital será la sun<br>institución, med  | al pie de nuestra<br>6 EMANUEL S./<br>05 espacios en bl<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ   | s firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN<br>anco del pagare dis<br>UEL CONSORCIO<br>HABILITACION Y<br>hospitalización, cor<br>os ocasionados a  | os a CONSC<br>UEL INSTI-<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC<br>asulta priorita<br>la institución   | CON ESP<br>DRCIO CL<br>TUTO DE<br>el No<br>STITUTO<br>CION INF  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>ANTIL S.A.S<br>ital día, servicionuebles e inm                                  | ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme co as prestados nuebles), co   | al INSTITIAL que en la cias EMAI on las sigui   | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos                           |
| Nosotros,  | como aparece a DEMENCIAS A.S para llenar lo a favor de CL MMANUEL INS apital será la sun institución, med demás gastos o  | al pie de nuestra<br>6 EMANUEL S./<br>20 ESPACIOS EN DI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu   | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN  anco del pagare dis  UEL CONSORCIO  HABILITACION Y  hospitalización, cor os ocasionados a  urrido por concepto  | os a CONSC<br>UEL INSTI<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC<br>asulta priorita<br>la institución<br>de la perma   | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No STITUTO CION INF  uria y hospi (bienes i nencia en  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>FANTIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>muebles e inm<br>el CONSORO               | ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme constructions prestados nuebles), concide CLINIC                         | al INSTITIABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos<br>cuotas                 |
| Nosotros,  | como aparece a de DEMENCIAS<br>A.S para llenar lo a favor de CL<br>MMANUEL INS<br>apital será la sun<br>institución, med<br>demás gastos of<br>TUTO NACION  | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S.,<br>5 ESPACIOS EN BI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu<br>AL DE DEMENO  | s firmas, autorizam A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S   | os a CONSC<br>UEL INSTI<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC<br>asulta priorita<br>la institución<br>de la perma   | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No STITUTO CION INF  uria y hospi (bienes i nencia en  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>FANTIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>muebles e inm<br>el CONSORO               | ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme constructions prestados nuebles), concide CLINIC                         | al INSTITIABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos<br>cuotas                 |
| Nosotros,  | como aparece a de DEMENCIAS<br>A.S para llenar lo a favor de CL<br>MMANUEL INS<br>apital será la sun<br>institución, med<br>demás gastos de<br>TUTO NACION.   | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S<br>DIS ESPACIOS EN DI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu<br>AL DE DEMENO<br>S.A.S; del pac  | s firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN<br>anco del pagare dis<br>UEL CONSORCIO<br>HABILITACION Y<br>hospitalización, cor<br>os ocasionados a<br>urrido por concepto<br>CIAS EMANUEL S.  | os a CONSC<br>UEL INSTI<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC<br>asulta priorita<br>la institución<br>de la perma   | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No STITUTO CION INF  uria y hospi (bienes i nencia en  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>FANTIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>muebles e inm<br>el CONSORO               | ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme constructions prestados nuebles), concide CLINIC                         | al INSTITIABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos<br>cuotas<br>AUEL         |
| Nosotros,  | como aparece a E DEMENCIAS A.S para llenar lo o a favor de CL MMANUEL INS apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION DN INFANTILS on fecha  | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S.,<br>5 ESPACIOS EN BI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu<br>AL DE DEMENO  | s firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN<br>anco del pagare dis<br>UEL CONSORCIO<br>HABILITACION Y<br>hospitalización, cor<br>os ocasionados a<br>urrido por concepto<br>CIAS EMANUEL S.  | os a CONSC<br>UEL INSTI<br>tinguido con<br>y/o al INS<br>HABILITAC<br>asulta priorita<br>la institución<br>de la perma   | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No STITUTO CION INF  uria y hospi (bienes i nencia en  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>FANTIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>muebles e inm<br>el CONSORO               | ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme constructions prestados nuebles), concide CLINIC                         | al INSTITIABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos<br>cuotas<br>AUEL         |
| Nosotros, identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EN instrucciones: 1.El valor del ca adscritos a la moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co . Intereses de  | como aparece a E DEMENCIAS A.S para llenar lo a favor de CL MMANUEL INS apital será la sun institución, med demás gastos o TUTO NACION ON INFANTILS on fecha e plazo:   | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S<br>DIS ESPACIOS EN DI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu<br>AL DE DEMENO<br>S.A.S; del pac  | s firmas, autorizam<br>A.S., y/o EMMAN<br>anco del pagare dis<br>UEL CONSORCIO<br>HABILITACION Y<br>hospitalización, cor<br>os ocasionados a<br>urrido por concepto<br>CIAS EMANUEL S.  | os a CONSCIUEL INSTITUTE I | ORCIO CL<br>TUTO DE<br>el No.<br>STITUTO<br>CION INF<br>ria y hospi<br>(bienes i<br>nencia en<br>MMANUE                                     | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>FANTIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>muebles e inm<br>el CONSORO               | ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme constructions prestados nuebles), concide CLINIC                         | al INSTITIABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos<br>cuotas<br>AUEL         |
| Nosotros,identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EN instrucciones: 1.El valor del ca adscritos a la moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co Intereses de Intereses de  | como aparece a DE DEMENCIAS A.S para llenar lo DA a favor de CL MMANUEL INS DE DEMENCIAS DE DE DEMENCIAS DE DE DEMENCIAS DE D | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S<br>DIS ESPACIOS EN BI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu<br>AL DE DEMENO<br>S.A.S; del pac<br>ima tasa permiti  | s firmas, autorizam A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente   | os a CONSCIUEL INSTITUTE I | ORCIO CL<br>TUTO DE<br>el No.<br>STITUTO<br>CION INF<br>(bienes i<br>nencia en<br>MMANUE  | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>ANTIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>nuebles e inm<br>el CONSORO<br>L INSTITUTO | ANCO  IAUEL y/o ACION Y H E DEMENC conforme co os prestados nuebles), co cio CLINIC o DE REHA               | al INSTITI<br>IABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c<br>CA EMMNA<br>BILITACIO  | TUTO<br>CION<br>fecha<br>NUEL<br>ientes<br>édicos<br>cuotas<br>AUEL<br>ON Y |
| Nosotros,  | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  MMANUEL INS  apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION.  DN INFANTILS on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (obl  | al pie de nuestra<br>5 EMANUEL S<br>DIS ESPACIOS EN BI<br>INICA EMMNA<br>TITUTO DE RE<br>na total que por<br>dicamentos, dañ<br>que se haya incu<br>AL DE DEMENO<br>S.A.S; del pac<br>ima tasa permiti<br>ligamos) a pagar  | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las co   | os a CONSCIUEL INSTITITION DE LA INSTITUCIÓN DEL INSTITUCIÓN DE LA | ORCIO CL<br>TUTO DE<br>el No.<br>STITUTO<br>CION INF<br>uria y hospi<br>(bienes i<br>nencia en<br>MMANUE                                    | INICA EMMN REHABILITA NACIONAL D ANTIL S.A.S ital día, servicio nuebles e inm el CONSORO L INSTITUTO                      | ANCO  IAUEL y/o ACION Y H E DEMENC conforme co as prestados nuebles), co cio CLINIC DE REHA                 | al INSTITI<br>IABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c<br>CA EMMNA<br>BILITACIO  | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |
| Nosotros,  | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  MMANUEL INS  apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION DN INFANTILS on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (oble enado de acuero   | al pie de nuestra S EMANUEL S os espacios en bl. INICA EMMNA TITUTO DE RE na total que por dicamentos, dañ que se haya inc. AL DE DEMENO S.A.S; del pacima tasa permiti ligamos) a pagar do con estas ins   | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las cu   | os a CONSCIUEL INSTITITION DE LA INSTITUCIÓN DEL INSTITUCIÓN DE LA | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No. STITUTO CION INF uria y hospi (bienes i nencia en MMANUE  as. judicial y judicial y judicial y judicial de | INICA EMMN REHABILITA NACIONAL D ANTIL S.A.S ital día, servicio nuebles e inm el CONSORO L INSTITUTO                      | ANCO  IAUEL y/o ACION Y H E DEMENC conforme co as prestados nuebles), co cio CLINIC DE REHA                 | al INSTITI<br>IABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c<br>CA EMMNA<br>BILITACIO  | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |
| Nosotros,  | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  MMANUEL INS  apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION ON INFANTILS on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (oble ando de acuero u totalidad, o po  | al pie de nuestra S EMANUEL S os espacios en bl. INICA EMMNA TITUTO DE RE na total que por dicamentos, dañ que se haya inc. AL DE DEMENO S.A.S; del pacima tasa permiti ligamos) a pagar do con estas ins   | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las co   | os a CONSCIUEL INSTITITION DE LA INSTITUCIÓN DEL INSTITUCIÓN DE LA | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No. STITUTO CION INF uria y hospi (bienes i nencia en MMANUE  as. judicial y judicial y judicial y judicial de | INICA EMMN REHABILITA NACIONAL D ANTIL S.A.S ital día, servicio nuebles e inm el CONSORO L INSTITUTO                      | ANCO  IAUEL y/o ACION Y H E DEMENC conforme co as prestados nuebles), co cio CLINIC DE REHA                 | al INSTITI<br>IABILITAC<br>que en la<br>IAS EMAI<br>on las sigui<br>por los mé<br>pagos y c<br>CA EMMNA<br>BILITACIO  | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |
| Nosotros,  | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  MMANUEL INS  apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION ON INFANTILS on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (oble ando de acuero u totalidad, o po  | al pie de nuestra S EMANUEL S os espacios en bl. INICA EMMNA TITUTO DE RE na total que por dicamentos, dañ que se haya inc. AL DE DEMENO S.A.S; del pacima tasa permiti ligamos) a pagar do con estas ins   | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya h     | os a CONSCIUEL INSTITUTE I | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No. STITUTO CION INF (bienes inencia en MMANUE  ass. judicial y judicial y judicial y de a tal cuent           | INICA EMMN REHABILITA NACIONAL D ANTIL S.A.S ital día, servicio nuebles e inm el CONSORO L INSTITUTO                      | ANCO  ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme co sprestados nuebles), co CIO CLINIC DE REHA  de que hay nombrado | al INSTITION INSTITION I AS EMAI DON I AS SIGUI POR IOS MÉRICO E A EMMNA BILITACIÓN I A LUGAR | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |
| Nosotros, identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EN instrucciones: 1.El valor del ca adscritos a la moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso co . Intereses de Así mismo me ( pagare será lle cancelada en su Firma paciente: C.C.:   | como aparece a E DEMENCIAS A.S para llenar lo o a favor de CL MMANUEL INS apital será la sun institución, med o demás gastos o TUTO NACION. ON INFANTILS on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (oble anado de acuero u totalidad, o po   | al pie de nuestra S EMANUEL S DIS ESPACIOS EN BILINICA EMMNA TITUTO DE RE INTUTO DE REI INTUTO DE R | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya h     | os a CONSCIUEL INSTITUTE I | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No. STITUTO CION INF (bienes inencia en MMANUE  ass. judicial y judicial y judicial y de a tal cuent           | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>NATIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>nuebles e inm<br>el CONSORO<br>L INSTITUTO | ANCO  ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme co sprestados nuebles), co CIO CLINIC DE REHA  de que hay nombrado | al INSTITION INSTITION I AS EMAI DON I AS SIGUI POR IOS MÉRICO E A EMMNA BILITACIÓN I A LUGAR | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |
| Nosotros, identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EN instrucciones: 1.El valor del ca adscritos a la moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso ca . Intereses de . | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  MMANUEL INS  apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION ON INFANTILS on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (oble ando de acuero u totalidad, o po  | al pie de nuestra SEMANUEL S. SEMANUEL S. SE EMANUEL S. SE ESPACIOS EN DI INICA EMMNA TITUTO DE RE DE LA COMPANIA DE DEMENO S.A.S; del pactima tasa permiti ligamos) a pagar do con estas insor el saldo en cas   | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya h  de | os a CONSCIUEL INSTITUTE I | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No. STITUTO CION INF (bienes inencia en MMANUE  ass. judicial y judicial y judicial y de a tal cuent           | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>NATIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>nuebles e inm<br>el CONSORO<br>L INSTITUTO | ANCO  ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme co sprestados nuebles), co CIO CLINIC DE REHA  de que hay nombrado | al INSTITION INSTITION I AS EMAI DON I AS SIGUI POR IOS MÉRICO E A EMMNA BILITACIÓN I A LUGAR | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |
| Nosotros,identificado(s) NACIONAL D INFANTIL S.A hemos suscrito S.A.S., y/o EN instrucciones: 1.El valor del ca adscritos a la moderadores y y/o al INSTIT HABILITACIO quien ingreso ca L. Intereses da Así mismo me ( pagare será lle cancelada en su Firma paciente: C.C.: Firma responsa  | como aparece a  E DEMENCIAS  A.S para llenar lo  a favor de CL  MMANUEL INS  apital será la sun institución, med demás gastos o FUTO NACION ON INFANTIL on fecha e plazo: e mora a la máx (nos) obligo (oble ando de acuero u totalidad, o po   | al pie de nuestra S EMANUEL S DIS ESPACIOS EN BILINICA EMMNA TITUTO DE RE INTUTO DE REI INTUTO DE R | s firmas, autorizam  A.S., y/o EMMAN anco del pagare dis UEL CONSORCIO HABILITACION Y hospitalización, cor os ocasionados a urrido por concepto CIAS EMANUEL S. ciente  da por las autoridad los gastos de las co trucciones, si al mo o de que se haya h  de | os a CONSCIUEL INSTITITION DE LA INSTITUTA DE  | CON ESP  ORCIO CL TUTO DE el No. STITUTO CION INF (bienes inencia en MMANUE  ass. judicial y judicial y judicial y de a tal cuent           | INICA EMMN<br>REHABILITA<br>NACIONAL D<br>NATIL S.A.S<br>ital día, servicio<br>nuebles e inm<br>el CONSORO<br>L INSTITUTO | ANCO  ANCO  ACION Y H  E DEMENC conforme co sprestados nuebles), co CIO CLINIC DE REHA  de que hay nombrado | al INSTITION INSTITION I AS EMAI DON I AS SIGUI POR IOS MÉRICO E A EMMNA BILITACIÓN I A LUGAR | TUTO CION fecha NUEL ientes édicos cuotas AUEL ON Y                         |

## Página 2 de 2 ----\--\--: Actualización: FR - THRL - 04 . . . . . . Versión: 01 7102/30/62 :leniginO FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·   |  |   | 53   | guurs   | hwhof-   | Firma:                               |
|---|--|---|--|---|--|--------------------------------------|
|   |  |   | 01-06  | ठेबं ५८८५   | <u> </u>   | :.ጋ.ጋ                                |
|   |  | 2   | रवंभट्रम्ह   | Saulos  | hush   | Nombres                              |
|   |  | - Contraction   |  | aciones.  | ces y sus implica  |                                      |
| alidad, razón por la cual entiendo  | rla comprendido a cab  | ta cláusula y habei   | sə əb obinətnoo  | i le etnembsobe   | sber leído cuida   | Declaro h                            |
| ar la información mencionada para<br>parte de las autoridades públicas<br>ticas y derivar, mediante modelos   | ación de riesgo divulga<br>egundo, a verificar por   | centrales de inform<br>derme un crédito, s  | sal s γ (babitne<br>esgos de conce                                     | o permite a (la<br>a evaluar los ri<br>ento de mis deb                | zación anterior n<br>rentes, primero,                              | La autoria<br>fines dife<br>competer |
| ue la información suministrada es<br>esacuerdo, a exigir su rectificación<br>ción de la obligación de indicarme,<br>priores de mi petición.                 | eje c <mark>onstanc</mark> ia de mi d  | o lo sea, a que se d<br>Impoco liberará a la  | n caso de que n<br>s efectuadas. Ta                                    | ecualizada, γ e<br>las correcciones                                   | mpleta, exacta y<br>e informa sobre                                | veras, coi<br>y a que si             |
|   |  |   | cas o documento  |   |  |                                      |
| esta ciausuia.<br>s crédito como otros atenuantes a<br>egado o que consten en registros   |  | riesgo datos relativ  | ı əb nöiə <mark>sməo</mark> ni   | is centrales d <mark>e</mark> i                                       | Suministrar a la   | .∃                                   |
| ualizaciones y durante el periodo   | o, con las deb <mark>idas act</mark>   |   | ıq) como en las  | ebitna el) na o   | Conservar, tant  | D.                                   |
| gales de contenido patrimonial de y exacta de mi desempeño como formación significativa. también, por intermedio de la a y control, con el fin de que estas | completa actualizada<br>es para obtener una in<br>de manera directa y,<br>funciones de vigilanci | n veraz, pertinente,<br>o diversos datos útil·<br>ntrales de riesgo o<br>oúblicas que ejercen | una informaciói<br>ado γ procesado<br>ces a las cel<br>más entidades p | stas presenten<br>s de haber cruza<br>mación mencio<br>CIERA o las de | tal forma que é<br>deudor después<br>Enviar la infor<br>SUPERFINAN | .C.                                  |
| re el cumplimento oportuno como   |  | sob datos, tratados   | ormación de ries   | ontrales de info  | Reportar a las c   | B.                                   |
| omocer mi desempeño como  | información relevante  | s de riesgo toda la i   | , <mark>en</mark> las centrale   | naldnier tiempo   | Consultar, en c  | .A                                   |
| so e irrevocable a al CONSORCIO<br>Vo EMMANUEL INSTITUTO DE<br>del crédito solicitado, para:  | Y "S.A.S JAUNAMA   | IT DE DEMENCIA  | ANOIDAN OTU  | ITITZNI la o\\  | ue la informació<br>EMMNAUEL                                       | CLINICA                              |
|   |  |   |  |   | : Obstar   |                                      |
|   |  |   | нсю):  |   | or independiente   |                                      |
|   |  | _   |  |   | 508 :(s)   |                                      |
| ****  |  | ppnallof  |  |   | # [ 117 :  |                                      |
|   |  | open on the   |  |   | empleadora:  |                                      |
|   |  | :ə  |  |   | l ne babilas o os  |                                      |
|   |  |   |  | Jibie e   | Moinu :livi  | iD obste3                            |
|   |  |   | (-8,   | <u> १९५०६ ट</u>   | : sìnebebuio e   | Cedula de                            |
|   |  |   | 7  | 5947476   | : Aerwa  | Nombres                              |
|   | :SƏI   | carta de instruccior  | scribir pagare y   | ns 6 (n)6v (29)1  | nerales de quien   | Datos gei                            |
|   |  |   |  |   |  |                                      |
| GO, PARA QUIEN SUSCRIBA   |  | O SAJ A SOTAG 3<br>STSNI A ATAAC  |  | ATJUSNOD AS   | aa nöijazi <i>я</i>  | IOTUA                                |