## Construction Estation of Estation Control of Control of

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 1 de 2

PAGARE No. 590 F

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lastras Should                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | & Dutas                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | V/0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | identifica                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| do(s) como anare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | re al nie de mi (nuestra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | s) firma(s) declaramos                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRIMERO: que somo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | os deudores incond                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | identifica                                                                                                                                                                                          |
| CITNICA EMMN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | AllFl v/o al INSTITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ITO NACIONAL DE C                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FMFNCTAS FMANUF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | L S.A.S., v/o EMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | MANUEL INSTITUTO DE                                                                                                                                                                                 |
| DEHARTI ITACIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | N V HARTITTACIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | N INFANTII S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                           | en adelante simple                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | mente el acreedo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | or, por la cantidad de:                                                                                                                                                                             |
| ILLINDALLINGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /!! ! !!/\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | is a result to a second of the second                                                                                                                                                                                                                                                                      | . Cr. GGGSGTGG GTTGFTG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Poi                                                                                                                                                                                                 |
| capital:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Poi                                                                                                                                                                                                 |
| intereses de pla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 970'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Poi                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ada por las autoridade                                                                                                                                                                                                                                                                                     | es monetarias:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Poi                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | tos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | add jos sao wateriada.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A T A TOP A T THE TATE OF THE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Nos                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | al acreedor en sus ofi                                                                                                                                                                                                                                                                                     | cinas de Bogotá D.C., e                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | en la Carrera 22 no                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | . 142-63, o en su orden, o                                                                                                                                                                          |
| al tenedor de este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | e pagare, el día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | de                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | el año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SEGUNDO: que a                                                                                                                                                                                      |
| nartir de esta fe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | echa sohre las obliga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ciones insultas y los da                                                                                                                                                                                                                                                                                   | stos pagaremos interes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | es moratorios a la t                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | tasa de máxima autorizada                                                                                                                                                                           |
| por las autoridade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | s monetarias TFRCFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | IO: que en caso de col                                                                                                                                                                                                                                                                                     | oro judicial o extra judic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ial de este pagare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | serán de nuestro cargo los                                                                                                                                                                          |
| asetne v coetne ai                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ie nor dicha cobranza s                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | e ocasionen, así como                                                                                                                                                                                                                                                                                      | el valor del impuesto de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | timbre, si hay luq                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ar de él. <b>CUARTO:</b> a parti                                                                                                                                                                    |
| de la fecha de la r                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ecnectiva demanda iuc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | licial sobre los interese                                                                                                                                                                                                                                                                                  | es nendientes, debidos (                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | con un año de ante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | rioridad o más, pagaremos                                                                                                                                                                           |
| intereses a la máy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ima taca fijada nara la                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | mora OUINTO: los ho                                                                                                                                                                                                                                                                                        | onorarios de abogado, e                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | n caso de arreglo d                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | lirecto o de pago a la etapa                                                                                                                                                                        |
| nrejudicial se est                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ablecen en un 20% sc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | bre el valor de la oblic                                                                                                                                                                                                                                                                                   | pación más sus accesor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ios. <b>SEXTO</b> : que s                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | serán de nuestro cargo los                                                                                                                                                                          |
| impliestos que cal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | usen este nagaré, qued                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ado al acreedor faculta                                                                                                                                                                                                                                                                                    | indo para pagarlos por i                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | mi cuenta si fuere r                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | iecesario. Este pagaré sera                                                                                                                                                                         |
| llenado por CON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SORCIO CLINICA E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | MMNAUEL v/o al IN                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ISTITUTO NACIONA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | L DE DEMENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | S EMANUEL S.A.S., y/c                                                                                                                                                                               |
| EMMANUEL INS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TITUIO DE REHABI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ITACION Y HABILI                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FACION INFANTIL S.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | A.S de conformida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | d con las instrucciones que                                                                                                                                                                         |
| en documento a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | arte hervos impartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | para tal efecto, de cor                                                                                                                                                                                                                                                                                    | nformidad con lo dispue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | esto en el artículo (                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 522, inciso 2 del código de                                                                                                                                                                         |
| comercio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Francisco                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |
| 1.1.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | IH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |
| Firma(8): ( ( ) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | My .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | /0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Este                                                                                                                                                                                                |
| pagaré ser li                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | epado por el acre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | edor, de conformid                                                                                                                                                                                                                                                                                         | lad de la carta d                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | le instrucciones,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | que se suscribe ho                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 7779290 301078                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |
| . )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CARTA DE INSTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | UCCIONES PARA LL                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENAR PAGARE CON E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SPACIOS EN BLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NCO                                                                                                                                                                                                 |
| . )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | UCCIONES PARA LL                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENAR PAGARE CON E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SPACIOS EN BLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                     |
| Bogotá,D.C.,yo,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | UCCIONES PARA LL                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENAR PAGARE CON E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SPACIOS EN BLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NCO y/o                                                                                                                                                                                             |
| Nosotros,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | y/o                                                                                                                                                                                                 |
| Nosotros,identificado(s) co                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | mo aparece al ple de r                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | nuestras firmas, autoriz                                                                                                                                                                                                                                                                                   | zamos a CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINICA EMMNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | y/o                                                                                                                                                                                                 |
| Nosotros,<br>identificado(s) co<br>NACIONAL DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | mo aparece al pie de r<br>DEMENCIAS EMANU                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | nuestras firmas, autoriz                                                                                                                                                                                                                                                                                   | zamos a CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINICA EMMNA<br>DE REHABILITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | y/o<br>AUEL y/o al INSTITUTO<br>CION Y HABILITACION                                                                                                                                                 |
| Nosotros,identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | mo aparece al pie de r<br><b>DEMENCIAS EMANU</b><br>para llenar los espacio                                                                                                                                                                                                                                                                   | nuestras firmas, autoriz<br>IEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare                                                                                                                                                                                                                                  | zamos a CONSORCIO<br>IANUEL INSTITUTO<br>distinguido con el No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CLINICA EMMN/<br>DE REHABILITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | y/o AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fech                                                                                                                                        |
| Nosotros,<br>identificado(s) coi<br>NACIONAL DE<br>INFANTIL S.A.S<br>hemos suscrito a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU para llenar los espacio favor de CLINICA E                                                                                                                                                                                                                                                             | nuestras firmas, autoriz<br>IEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO                                                                                                                                                                                                               | zamos a CONSORCIO<br>IANUEL INSTITUTO<br>distinguido con el No<br>CIO y/o al INSTITUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CLINICA EMMNA<br>DE REHABILITA<br>O NACIONAL DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI                                                                                                                       |
| Nosotros,<br>identificado(s) coi<br>NACIONAL DE<br>INFANTIL S.A.S<br>hemos suscrito a<br>S.A.S., y/o EMM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU para llenar los espacio favor de CLINICA E                                                                                                                                                                                                                                                             | nuestras firmas, autoriz<br>IEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO                                                                                                                                                                                                               | zamos a CONSORCIO<br>IANUEL INSTITUTO<br>distinguido con el No<br>CIO y/o al INSTITUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CLINICA EMMNA<br>DE REHABILITA<br>O NACIONAL DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | y/o AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fech                                                                                                                                        |
| Nosotros,<br>identificado(s) coi<br>NACIONAL DE<br>INFANTIL S.A.S<br>hemos suscrito a<br>S.A.S., y/o EMM<br>instrucciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | mo aparece al pie de r<br><b>DEMENCIAS EMANU</b><br>para llenar los espacio<br>favor de <b>CLINICA E</b><br><b>IANUEL INSTITUTO</b>                                                                                                                                                                                                           | nuestras firmas, autoriz<br>IEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO                                                                                                                                                                                           | zamos a CONSORCIO<br>IANUEL INSTITUTO<br>distinguido con el No<br>CIO y/o al INSTITUI<br>N Y HABILITACION I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLINICA EMMNA<br>DE REHABILITA<br>TO NACIONAL DE<br>INFANTIL S.A.S C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente                                                                                             |
| Nosotros,<br>identificado(s) coi<br>NACIONAL DE<br>INFANTIL S.A.S<br>hemos suscrito a<br>S.A.S., y/o EMM<br>instrucciones:<br>1.El valor del capi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO tal será la suma total q                                                                                                                                                                                                                   | nuestras firmas, autoriz<br>JEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO<br>ue por hospitalización,                                                                                                                                                                | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUI N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLINICA EMMNA DE REHABILITA TO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S c ospital día, servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION — que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI Onforme con las siguiente Es prestados por los médico                                                               |
| Nosotros,<br>identificado(s) coi<br>NACIONAL DE<br>INFANTIL S.A.S<br>hemos suscrito a<br>S.A.S., y/o EMM<br>instrucciones:<br>1.El valor del capi<br>adscritos a la ins                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO tal será la suma total q stitución, medicamento                                                                                                                                                                                            | nuestras firmas, autoriz<br>JEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO<br>ue por hospitalización,<br>os, daños ocasionados                                                                                                                                       | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINICA EMMNA DE REHABILITA TO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S c Dispital día, servicios es muebles e inmu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION — que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguientes s prestados por los médico uebles), copagos y cuota                                      |
| Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de moderadores y de | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU s para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha                                                                                                                                                                    | nuestras firmas, autoriz<br>JEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO<br>ue por hospitalización,<br>os, daños ocasionados<br>nya incurrido por conce                                                                                                            | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmiten el CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI                     |
| Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la ins moderadores y de y/o al INSTITU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU s para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D                                                                                                                                                   | nuestras firmas, autoriz<br>JEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO<br>ue por hospitalización,<br>os, daños ocasionados<br>iya incurrido por conce<br>EMENCIAS EMANUE                                                                                         | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmiten el CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION — que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguientes s prestados por los médico uebles), copagos y cuota                                      |
| Nosotros, identificado(s) col NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU s para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; co                                                                                                                                 | nuestras firmas, autoriz<br>JEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO<br>ue por hospitalización,<br>os, daños ocasionados<br>iya incurrido por conce<br>EMENCIAS EMANUE<br>lel paciente                                                                         | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmiten el CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI                     |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la instrucciones y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU s para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; of                                                                                                                                 | nuestras firmas, autoriz<br>JEL S.A.S., y/o EMM<br>s en blanco del pagare<br>MMNAUEL CONSORO<br>DE REHABILITACIO<br>ue por hospitalización,<br>os, daños ocasionados<br>iya incurrido por conce<br>EMENCIAS EMANUE<br>lel paciente                                                                         | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmiten el CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI                     |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insumoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha                                                                                                                            | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE  lel paciente                                                                                                | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmiten el CONSORCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI                     |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones:  1. El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha plazo: mora a la máxima tasa                                                                                               | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE  del paciente  permitida por las autor                                                                       | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION                                                                                                                                                           |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones:  1. El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no NACIONAL EL MARIA DE LA TERESE DE LA TER | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha plazo: mora a la máxima tasa ps) obligo (obligamos)                                                                        | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autor a pagar los gastos de la                                               | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN ridades monetarias. as cobranzas prejudicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena del indentificación) de la capitado del capitado de la c | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E  IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; co fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es                                              | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autoria a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a                    | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y he a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN ridades monetarias. as cobranzas prejudicial I momento de la salida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CLINICA EMMNA DE REHABILITA TO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S c DESPITATION DESTRUCTOR DESTR | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION                                                                                                                                                           |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena del indentificación) de la capitado del capitado de la c | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E  IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; co fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es                                              | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autoria a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a                    | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y ho a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN ridades monetarias. as cobranzas prejudicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CLINICA EMMNA DE REHABILITA TO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S c DESPITATION DESTRUCTOR DESTR | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |
| Nosotros, identificado(s) cor NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insmoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su tereses de sera llena cancelada en sera llena cancelada en sera llena cancelada en sera llena cancelada en sera llena | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E  IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es cotalidad, o por el saldo                     | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autoria a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a                    | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I  consulta prioritaria y he a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN  ridades monetarias. as cobranzas prejudicial I momento de la salida ya hecho abono a tal cu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la instrucciones y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E  IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es cotalidad, o por el saldo                     | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autoria a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a                    | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I consulta prioritaria y he a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN ridades monetarias. as cobranzas prejudicial I momento de la salida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones:  1.El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU s para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es cotalidad, o por el saldo                     | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autor a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a en caso de que se ha | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I  consulta prioritaria y he a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN  ridades monetarias. as cobranzas prejudicial I momento de la salida ya hecho abono a tal cu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones: 1.El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E  IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; co fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es cotalidad, o por el saldo                    | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autoria a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a                    | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I  consulta prioritaria y he a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN  ridades monetarias. as cobranzas prejudicial I momento de la salida ya hecho abono a tal cu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |
| Nosotros, identificado(s) con NACIONAL DE INFANTIL S.A.S hemos suscrito a S.A.S., y/o EMM instrucciones:  1. El valor del capi adscritos a la insimoderadores y de y/o al INSTITU HABILITACION quien ingreso con 1. Intereses de p. 2. Intereses de r. Así mismo me (no pagare será llena cancelada en su t. Firma paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | mo aparece al pie de r DEMENCIAS EMANU  para llenar los espacio favor de CLINICA E IANUEL INSTITUTO  tal será la suma total q stitución, medicamento emás gastos que se ha TO NACIONAL DE D INFANTILS.A.S; o fecha plazo: mora a la máxima tasa pos) obligo (obligamos) a do de acuerdo con es cotalidad, o por el saldo e:  Huluny fonsable: | nuestras firmas, autoriz  JEL S.A.S., y/o EMM s en blanco del pagare  MMNAUEL CONSORO DE REHABILITACIO  ue por hospitalización, os, daños ocasionados oya incurrido por conce EMENCIAS EMANUE del paciente  permitida por las autor a pagar los gastos de la stas instrucciones, si a en caso de que se ha | zamos a CONSORCIO IANUEL INSTITUTO distinguido con el No CIO y/o al INSTITUT N Y HABILITACION I  consulta prioritaria y he a la institución (biene pto de la permanencia L S.A.S., y/o EMMAN  ridades monetarias. as cobranzas prejudicial I momento de la salida ya hecho abono a tal cu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLINICA EMMNADE REHABILITACIONACIONAL DE INFANTIL S.A.S conspital día, servicios es muebles e inmuen el CONSORCIUEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUEL y/o al INSTITUTO CION Y HABILITACION que en la fecha E DEMENCIAS EMANUEI onforme con las siguiente s prestados por los médico uebles), copagos y cuota IO CLINICA EMMNAUEI DE REHABILITACION Y |



## FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Versión: 01

Actus

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

| atos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones: |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| ombres: Floulary Therelas Ragas                                                |
| edula de ciudadanía: St 558 267 BFG                                            |
| itado Civil: Unión Libio                                                       |
| rentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente:                      |
| npresa empleadora: Palifico Mafang/                                            |
| rección: Crv. 4 11 1-20                                                        |
| léfono(s):                                                                     |
| abajador independiente (profesión u oficio):                                   |
| rección: 319 221 80 64                                                         |
| elefono(s):                                                                    |
|                                                                                |

Declaro que la información que he (mos) suministrado es verídica y doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para:

- A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- B. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mís 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 Hadanj Hamles Rope 1

Firma: