FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADO

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Dágina 3 da

Página 2 de 2

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

nbres: Denis Tellez Barzon ula de ciudadanía: 28821618
ido Civil: Union Libre
entesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>Marmó</u>
presa empleadora: Behida y alimentos Cactus sas
cción: Chia, Vereda Bojara.
fono(s): 3186947666
pajador independiente (profesión u oficio):
cción:
efono(s):
efono(s):

SORCIO UTO 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 cumplimento oportuno como sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
- C. Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la SUPERFINANCIERA o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales.
- D. Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales B. y E. de esta cláusula.
- E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informa sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores de mi petición.

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo, a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

Nombres Denis Tellez Garzon	
C.C.: 28 821 618	
Firma:	

Cattoricalo Cattorical Externativas Externativas Franciscos Externativas Instituto Externativas Inde Emmissional de Emmissional de Emmissional Emmissional de E

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01

Actualización: --/--/

Página 1 de 2

PAGARE No.

758 F

Yo/nosotros: <u>Dani</u>	A 4					
	5 Tallez 60	arzón	y/o		ida	entifica
do(s) como aparece a			s: PRIMERO: que so	mos deudores incond	dicionales de CONSC	DCTC
CLINICA EMMNAUE	L v/o al INSTITUI	O NACIONAL DE D	EMENCIAS FMANI	UFL S.A.S. V/O FMI	MANUEL INSTITU	LU DE
REHABILITACION	Y HABILITACION	INFANTIL S.A.S	en adelante simi	plemente el acreedo	or nor la cantida	nd de
				promonte of dereca	or, por la cariciae	Poi
capital:						Poi
			1700			Poi
intereses de plazo: intereses de mora: a	la máxima autorizad	da por las autoridade	es monetarias:			Poi
otros gastos:		and por the diagonidad.	as monetanasi			Nos
obligamos a pagar dic	cha suma de dinero a	l acreedor en sus ofi	cinas de Bogotá D.C	en la Carrera 22 no	142-63 o en su or	don c
al tenedor de este pa	gare el día	۱۱۰ طط مام	cinas ac bogota b.c.	del año	SECUNDO:	aug a
partir de esta fecha	sobre las obligacio	nos insultas y los es	oto o na navana se inte	uei alio	SEGUNDU:	que a
por las autoridades megastos y costos que por de la fecha de la respeintereses a la máxima prejudicial, se estable impuestos que causen llenado por CONSOR EMMANUEL INSTIT en documento a parte comercio. Firma(s): Danis pagaré será llenado	onetarias. TERCERO or dicha cobranza se ectiva demanda judic tasa fijada para la mo cen en un 20% sobr este pagaré, quedac CCIO CLINICA EMI UTO DE REHABILI e hemos impartido pa	o: que en caso de cobocasionen, así como ial, sobre los intereseora. QUINTO: los hore el valor de la obligido al acreedor faculta MNAUEL y/o al INTACION Y HABILITATA tal efecto, de con	oro judicial o extra jurel valor del impuesto s pendientes, debido norarios de abogado lación más sus accesendo para pagarlos postituto NACION TACION INFANTIL formidad con lo disp	dicial de este pagare e de timbre, si hay luga s con un año de anter, en caso de arreglo d sorios. SEXTO: que sor mi cuenta si fuere n IAL DE DEMENCIAS S.A.S de conformidad questo en el artículo 6	serán de nuestro ca ar de él. CUARTO: a rioridad o más, paga lirecto o de pago a la serán de nuestro ca necesario. Este paga S EMANUEL S.A.S d con las instruccion 522, inciso 2 del cód	rgo los a partin aremos a etapa rgo los ré será a, y/o es que ligo de
					,	
,	ADTA DE INCEDIA	CONEC DADA LLE	NAD DAGADE CON			
**	AKIA DE INSTRUC	CIONES PARA LLE	NAK PAGAKE CON	ESPACIOS EN BLA	INCO	
						,
Bogotá, D.C., yo,						V/O
Bogotá,D.C.,yo, Nosotros,						_y/o
Nosotros,identificado(s) como a	nparece al pie de nue	estras firmas, autoriz	amos a CONSORCI O	O CLINICA EMMNA	AUEL y/o al INSTI	TUTO
Nosotros,identificado(s) como a NACIONAL DE DEM	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL	S.A.S., y/o EMM	ANUEL INSTITUTO	DE REHABILITAC	CION Y HABILITA	TUTO
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL a llenar los espacios e	S.A.S., y/o EMM. en blanco del pagare	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No	DE REHABILITAC	CION Y HABILITA que en la	TUTO CION fecha
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo	pparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL a llenar los espacios e r de CLINICA EMN	S.A.S., y/o EMM. on blanco del pagare onnauel CONSORO	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE	CION Y HABILITA que en la DEMENCIAS EMA	TUTO CION fecha
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo	pparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL a llenar los espacios e r de CLINICA EMN	S.A.S., y/o EMM. on blanco del pagare onnauel CONSORO	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE	CION Y HABILITA que en la DEMENCIAS EMA	TUTO CION fecha
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones:	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEI a llenar los espacios e r de CLINICA EMN JEL INSTITUTO DE	S.A.S., y/o EMM. en blanco del pagare MNAUEL CONSORC EREHABILITACION	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S CO	CION Y HABILITA que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigu	TUTO CION fecha NUEL iientes
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEI a llenar los espacios e r de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que	S.A.S., y/o EMM. on blanco del pagare MNAUEL CONSORCE REHABILITACION por hospitalización, o	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios	que en la que en la DEMENCIAS EMA Onforme con las sigu prestados por los m	TUTO CION fecha NUEL ientes
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL a llenar los espacios e r de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que ión, medicamentos,	S.A.S., y/o EMM. en blanco del pagare MNAUEL CONSORCE REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S con hospital día, servicios nes muebles e inmu	que en la que en la pemencias ema prestados por los materials.	TUTO CION fecha NUEL tientes édicos
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL a llenar los espacios e r de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que ión, medicamentos,	S.A.S., y/o EMM. en blanco del pagare MNAUEL CONSORCE REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S con hospital día, servicios nes muebles e inmu	que en la que en la pemencias ema prestados por los materials.	TUTO CION fecha NUEL tientes édicos
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que eión, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEM	E S.A.S., y/o EMM. In blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE REHABILITACION por hospitalización, daños ocasionados incurrido por conceptenCIAS EMANUEL	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie oto de la permanenci	JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S conhospital día, servicios nes muebles e inmuia en el CONSORCI	que en la que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigu prestados por los malebles), copagos y el CO CLINICA EMMN	TUTO CION fecha NUEL iientes édicos cuotas
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que eión, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEM	E S.A.S., y/o EMM. In blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE REHABILITACION por hospitalización, daños ocasionados incurrido por conceptenCIAS EMANUEL	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie oto de la permanenci	JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S conhospital día, servicios nes muebles e inmuia en el CONSORCI	que en la que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigu prestados por los malebles), copagos y el CO CLINICA EMMN	TUTO CION fecha NUEL iientes édicos cuotas
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMINUEL INSTITUTO DE erá la suma total que ejón, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEMISANTILS.A.S; del a	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare e MNAUEL CONSORC E REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por concep IENCIAS EMANUEL paciente	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie oto de la permanenci	JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S conhospital día, servicios nes muebles e inmuia en el CONSORCI	que en la que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigu prestados por los malebles), copagos y el CO CLINICA EMMN	TUTO CION fecha NUEL iientes édicos cuotas
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMINUEL INSTITUTO DE erá la suma total que ejón, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEMISANTILS.A.S; del a	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare e MNAUEL CONSORC E REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por concep IENCIAS EMANUEL paciente	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie oto de la permanenci	JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S conhospital día, servicios nes muebles e inmuia en el CONSORCI	que en la que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigu prestados por los malebles), copagos y el CO CLINICA EMMN	TUTO CION fecha NUEL iientes édicos cuotas
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo:	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que ción, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEMI FANTILS.A.S; del a	E S.A.S., y/o EMM. In blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por conceptencias emanuel paciente	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie oto de la permanenci S.A.S., y/o EMMA	JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S conhospital día, servicios nes muebles e inmuia en el CONSORCI	que en la que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigu prestados por los malebles), copagos y el CO CLINICA EMMN	TUTO CION fecha NUEL iientes édicos cuotas
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora	aparece al pie de nue IENCIAS EMANUEL a llenar los espacios e r de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que ción, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEM FANTILS.A.S; del a a la máxima tasa per	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare del	distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie bto de la permanenci S.A.S., y/o EMMA	D DE REHABILITAC TO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I	que en la que en la DEMENCIAS EMA onforme con las sigua prestados por los matebles), copagos y o CLINICA EMMN DE REHABILITACI	TUTO CION fecha NUEL tientes édicos cuotas AUEL
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora Así mismo me (nos) otros descritos de mora descritos a la institución de la	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que ción, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEM FANTILS.A.S; del a la máxima tasa per bligo (obligamos) a para le	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE E REHABILITACION por hospitalización, daños ocasionados incurrido por conceptencias EMANUEL paciente	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie bto de la permanenci S.A.S., y/o EMMA dades monetarias. s cobranzas prejudicia	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora Así mismo me (nos) ot pagare será llenado de susceptibles de la como de la co	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que ción, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEMI FANTILS.A.S; del a a la máxima tasa per oligo (obligamos) a pole acuerdo con estas le acuerdo estas	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE E REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por conceptencia paciente Tencias EMANUEL paciente rmitida por las autoria agar los gastos de las instrucciones, si al	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bien bto de la permanenci I S.A.S., y/o EMMA dades monetarias. Is cobranzas prejudicion momento de la salia	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora Así mismo me (nos) ot pagare será llenado d cancelada en su totalio	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que eión, medicamentos, a gastos que se haya NACIONAL DE DEMI FANTILS.A.S; del a a la máxima tasa per oligo (obligamos) a pole acuerdo con estas dad, o por el saldo en la manuel de acuerdo con estas da acuerdo con estas	E. S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE: REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por conceptencia paciente paciente remitida por las autoria agar los gastos de las instrucciones, si al caso de que se haya	distinguido con el No di O y/o al INSTITUTO distinguido con el No di O y/o al INSTITUTO di Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (biento de la permanenci de S.A.S., y/o EMMA diades monetarias. Es cobranzas prejudicion momento de la salida hecho abono a tal o	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I al y judicial en caso d da del paciente ya n cuenta.	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora Así mismo me (nos) ot pagare será llenado d cancelada en su totalio Firma paciente:	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios er de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que eión, medicamentos, agastos que se haya NACIONAL DE DEMI FANTILS.A.S; del a	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE E REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por conceptence paciente rmitida por las autoriagar los gastos de las instrucciones, si al a caso de que se haya	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie bto de la permanenci S.A.S., y/o EMMA dades monetarias. s cobranzas prejudicio momento de la salida hecho abono a tal o Nombre del pacient	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I al y judicial en caso d da del paciente ya n cuenta.	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y
Nosotros,	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios er de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que eión, medicamentos, agastos que se haya NACIONAL DE DEMI FANTILS.A.S; del a	E S.A.S., y/o EMM. En blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE E REHABILITACION por hospitalización, o daños ocasionados incurrido por conceptence paciente rmitida por las autoriagar los gastos de las instrucciones, si al a caso de que se haya	distinguido con el No di O y/o al INSTITUTO distinguido con el No di O y/o al INSTITUTO di Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (biento de la permanenci de S.A.S., y/o EMMA diades monetarias. Es cobranzas prejudicion momento de la salida hecho abono a tal o	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I al y judicial en caso d da del paciente ya n cuenta.	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y
Nosotros, identificado(s) como a NACIONAL DE DEM INFANTIL S.A.S para hemos suscrito a favo S.A.S., y/o EMMANU instrucciones: 1.El valor del capital se adscritos a la instituc moderadores y demás y/o al INSTITUTO N HABILITACION IN quien ingreso con fech 1. Intereses de plazo: 2. Intereses de mora Así mismo me (nos) ot pagare será llenado de cancelada en su totalio Firma paciente:	aparece al pie de nue le lencias emanuel a llenar los espacios en de CLINICA EMI JEL INSTITUTO DE erá la suma total que eión, medicamentos, agastos que se haya NACIONAL DE DEMI FANTILS.A.S; del a la máxima tasa per lo ligo (obligamos) a pale acuerdo con estas dad, o por el saldo en	en blanco del pagare de MNAUEL CONSORCE: REHABILITACION por hospitalización, daños ocasionados incurrido por conceptencias EMANUEL paciente	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie bto de la permanenci S.A.S., y/o EMMA dades monetarias. a cobranzas prejudicia momento de la salida hecho abono a tal o _Nombre del pacient	D DE REHABILITAC JTO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu ia en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I al y judicial en caso d da del paciente ya n cuenta.	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y
Nosotros,	parece al pie de nue le	ES.A.S., y/o EMM. en blanco del pagare el MNAUEL CONSORCE EREHABILITACION por hospitalización, daños ocasionados incurrido por conceptence paciente el mitida por las autoriagar los gastos de las instrucciones, si al caso de que se haya de	ANUEL INSTITUTO distinguido con el No IO y/o al INSTITU I Y HABILITACION consulta prioritaria y a la institución (bie bto de la permanenci S.A.S., y/o EMMA dades monetarias. a cobranzas prejudicia momento de la salida hecho abono a tal o _Nombre del pacient	D DE REHABILITAC TO NACIONAL DE I INFANTIL S.A.S co hospital día, servicios nes muebles e inmu a en el CONSORCI NUEL INSTITUTO I al y judicial en caso d da del paciente ya n cuenta.	que en la que en la perenta en la sigua en la sigua en la sigua prestados por los matebles), copagos y o colinica emmo de Rehabilitacida en que haya lugar a ele que ele que haya lugar a ele que el que ele	TUTO CION fecha fecha ientes édicos cuotas AUEL ION Y