Control of Eladoria Palestroit Amanuel nde

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017

Actualización: --/--/---

Verslón: 01

Página 1 de 3

Volnoscrios: K. Curum Michael Communication (doc) como apareco al pie de mi (nuestra) firma(s), declaramos: PRIMERO: que sonos deudores incondicionales a doc) como apareco al pie de mi (nuestra) firma(s), declaramos: PRIMERO: que sonos deudores incondicionales a doc) consorcio CLINICA EMMNAUEL (yo al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., yo EMMANUE INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelente simplemente el acreedor, por la cantidi de: Por capital: Por capital: Por capital: Por capital: Por capital: Por capital: Por pagare dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su ordero de la fiormos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su ordero de la fiormos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su ordero de la deserción de la deserción de la fiormos de la dela fiormos de la carredo de la fiormos de la dela fiormos de la carredo de la fiormos de la dela fiormos de la carredo de la facultando para pagarles por la carredo de nicestra de nicestra de nicestra de nicestra de la carredo de la car				DIGINE N	1728	1
do(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), declaramos: PRIMÉRIO que somos deudores incondicionados CONSORCIO CLINICA EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantidide: Por capital: Por capital: Por intereses de plazo: Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias; pro por intereses de plazo: Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias; pro gasios: Ológicomos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, del año SEGUNDO: gastos y costa de la capita de la capital de deste pagares, el día al tenador de este pagare, el día del año SEGUNDO: que partir de caba fecha, sobre las cilágaciones insultas y los gastos posaremos intereses moratorios a la tasa de máxim autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro fudicial o extra fudicial de este pagare será máxim autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro fudicial o extra fudicial de este pagare será le máxim autorizada por las autoridado por consociado en como el vielor del impuesto de timbre, si hay kigar el. EL CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año capa pagare el esta pagare gentale, se establecane en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causon este pagaré, quedada à acreedor facultando para pagaries	Volnosovani k	in the days is	n/a	PAGARE No.		anned Salametikan
CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL 19,0 al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. en adelente simplemente el acreedor, por la cantida de: Por intereses de piazo: interesos de mora: a la máxima autorizada por las autoridados monetarias; por intereses de piazo: notos gastos: Notos gasto	to/nosotros: <u> </u>	1 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10		POLICIO COMO C	loudorne locondi	IOCHTIFIC
INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplemente el acreedor, por la cantici de: Por capital: Por capital: Por capital: Por capital: Por finereses de piazo: Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autorifados monetarias; dros gastos: Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autorifados monetarias; de del año SEGUNDO: que del año SEGUNDO: que partir de esta pegare, el día del año SEGUNDO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pegare serán autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pegare serán autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pegare serán autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pegare serán autorioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijado para la mora. QUINTO: los honorados de abogado, en caso de arregio directo o de pago a la etapa prejudidal, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO: que serán do nuestro cargo los impuestos que causon este pegaré, quedada al acreedor facultando para pagarios pasa esta pegaré será lemado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL IV/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI. S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impertido para tal efecto, de conformidad con despueso en el ardiculo 622, inciso 2 del código de comercio. CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Beggará será llenado por el acreedor, de conformidad de la certa de instrucciones, que se suscribe ho de la certa de instrucciones pagares esta máxima tasa permitales permanentes en instrucciones en la pagar esta permanente de la certa de instrucciones, que se suscribe ho desta hemos suscribe a forma de segasos en banco del pagare distinguido con el INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA	CONCORCIO CUI	ce at pre se the (nuestras) termo(s), Nicos essentialies nue el escentiale	, OCCIATATIOS: PRIME O MACTONAL DE DE	ERO: que somos d Menovac Emantie	eudores incondic	Bonases C
de: Por capital: Por Intereses de piazo: Por capital: Por capital: Por intereses de piazo: Por capital:						
Por intereses de plazo: Intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Por intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: Por force gastos: Mobigemos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, al tenedor de este pagarar, ol día de de del año SEGUNDO: Que partir de este pagarar, ol día del del año SEGUNDO: Que partir de este pagarar, ol día del del año SEGUNDO: Que partir de este pagarar, ol día autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o estra judicial de este pagare serán o nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, aci como el valor del impuesto de timbro; al hay lugar d (d. CUARTO: a partir de la focha de la respectiva demanda judicial, sobre los interesses pendientes, debidos con un año o anterioridad o más, pagaremos interesses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso o anterioridad o más, pagaremos interesses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso o anterioridad o más, pagaremos interesses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso o anterioridad o más, pagaremos interesses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso o anterioridad o más, pagaremos interesses a la máxima tasa fijada para la mora. SEGUNDO: que serán de nuestro cargo jos impuestos que casson este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarios por r ucenha si fuere necesario. Este pagaré será flenado por consorrios de caso de combrento. SEGUENDO: que en caso de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el ardicilo 622, inclso 2 del código de comercio. SEGUENDO: A conformidad con la sinstrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con derullicado(s) como aparece al p				resource amplemente	er acreedor, por	ki Canttua
Protections de plazos: Protection of the maximal autorizada por las autoridados monetarias: Protection gastos: Protection g						
interesses de more: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias: protros gastos: No de		200				D.
bitos gastos: Misparos pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, ol tenedor de este pagaro, el día de de del afío. SEGUNDO: que partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tosa de máxim autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o estra judicial de este pagare serán o nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobrarza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbro, si hay lugar o intereses a partir de la focha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año o antorioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarlos de abogado, en caso de antorioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarlos de abogado, en caso de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarlos de abogado, en caso de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarlos de abogado, en caso de anterioridad o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios personados de fuencios este pagare será flenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL (y/o al INSTITUTIO DACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTIO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION INFANTIS.S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con las instrucciones que se suscribo habilitación para con en accesa de máxima de la carta de instrucciones, que se suscribo habilitación para el per de nuestras firmas, autorizanos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL LY/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION	intereses de pr	a la mávima autorizada nor las autori	dadae monotariae:			
cobligements a pager diche suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en la Carrera 22 no. 142-63, o en su orden, de del año del año del año SEGUNDO: que partir de este pagarn, el día endor de este pagar serán de la trata de máxim autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra judicial de este pagar serán de nuestro cargo los gastos y cotos que por dicha cobranza se ocasionen, esí como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de la como de pago a la etapa inejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor del impuesto de timbre, si hay lugar de la como de pago a la etapa inejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO; que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarlos por incenha si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL J/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIS.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impertido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s):			traucs monctanas.,			
al tenedor de estar pagarra, el día de del del año SEGUNDO: que partir de estar fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagarenos interreses moratorios a la tasa de máxim autorizada por las autoridades monetarias. TERCERO; que en caso de cobro judicia o extra judicial de este pagare serán o nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobrarza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbro, si hay lugar o file. CUARTO: a partir de la focha de la respectiva edemanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de antorioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorados de abogado, en caso de arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorio estero de contro de cargo los impuestos que causen este pagare, quedado al acreedor facultando para pagarios por ruenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMAUEL Iylo al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI. S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impertido para tal efecto, de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impertido para tal efecto, de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impertido para tal efecto, de conformidad con el arceador, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ha degaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ha dedellicado(s) como aparece el ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION O HABILITACION DE REHABILITACION O HABILITACION O HA			s oficioss de Rosotá O	C. en la Carrora 72 a	no 142-63 o en	
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses moratorios a la tasa de máxim autorizada por las autoridades monetarias. TERCERD: que en caso de cobro fudicial o estra judicial de este pagare serán cinuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobrarvas se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay lugar e fil. CUARTO: a partir de la focha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año o anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorantes, debidos con un año o anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorantes, debidos con un año o anterioridad on año, pagaremos partir por consorte de mora, que entre de abiligación más sus accesorios SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagardos por incuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL, focilitando para pagardos por incuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por consorcio. Promor de la materio de pagare de la materio de pagare de la materio de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s): //o ESAS de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, //o EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y						
autoritado por las autoritades monetarias. TERCERO: que en cáso de cobro judicial o extra judicial de este pagare serán interior cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de timbre, si hay ligar o di. CUARTO: a partir de la focha de la respoctiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijoda para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de anterioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijoda para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso de regolo directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarios por rucienta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONA. DE EMPANUEL S.A.S. y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI S.A.S do conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del cócligo de comercio. CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CONSORTOS, defullicado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTA NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION SERVICIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme co as siguientes instrucciones: Lel						
nuestro cargo los gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del Impuesto de Imbre, si hay lugar o del CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los intereses pendientes, debidos con un año de antorioridad o más, pagaremos intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorardos de abogado, en caso o arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios per cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL, y/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS ENANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impertido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s): V/o CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,vo, V/o Nosotros, dentificado(s): como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO INFANTIL S.A.S. para llenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. Que en lecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NEGOTA NE						
del. CUARTO: a partir de la fecha de la respectiva demanda judicial, sobre los interesse pendientes, debidos con un año a motrorioridad o más, pagaremos interesses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en caso o arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultando para pagarios por incuenta si fuere necesario. Este pagaré será flenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANIEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con ildipuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Sogotá,D.C.,yo, V/o NOSOTOS, dentificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizanos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO INFANTIL S.A.S. para lleinar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en lecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/a al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS REMANUEL S.A.S., y/o EMMNAUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION ESPACADORES. LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por las adultivados de la parimanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme co as siguientes instrucciones: Lei valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por la electrador de la parimanencia en el CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL INSTITUTO DE R						
anterioridad o más, pagaremos interesas a la máxima tasa fijado para la mora. QUINTO: los honorarlos de abogado, en caso o arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO; que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultándo para pagarlos por ruenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL, y/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inclso 2 del código de comercio. CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, y/o CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, y/o Redentilicado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL LY/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION PARATILI S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en recha hemos suscrito a favor de "CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S conforme con as siguientes instrucciones: LE! valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por la médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos suctas moderadores y demás gastos que se haya incurrida por concepto de la permiencia en cl. CONSORCIO CLINICE EMMNAUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILIS.A.S; di intereses de piazo: Intereses de piazo: Intereses de piazo: Intereses de laco: Intereses						
arregio directo o de pago a la etapa prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorios SEXTO; que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acroedor facultando para pagarios por i cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL, y/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inclso 2 del código de comercio. Firma(s): y/o Estaparé será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho carta de instrucciones para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. Que en lecha hemos suscribo a lavor de CLINICA EMMNAUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S. conforme co as siguientes instrucciones: LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscribos a la institución, nedicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos cuntadas moderadores y demás gastos que se haya incurigio por concepto de la perimencia en ci CONSORCIO CLINIC EMMANUEL V/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; intereses de prazo: Intereses de pra						
SEXTO: que serán de nuestro cargo los impuestos que causen este pagaré, quedado al acreedor facultándo para pagarlos por cuenta si fuere necesario. Este pagaré será llenado por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL JY o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIS.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Y/o						
cuenta si fuere necesario. Este pagaré será ilenado por CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONA DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTI S.A.S do conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el art/culo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s): y/o						
DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIS.S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos imperido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s): y/o CARTA DE INSTRUCCIONES PARA ILENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, NOSOLTOS, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION SECHADA DE INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Y HABILITACION SECHADA DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo madicios a destrucción se la institucción, enfeciamentos, daños ocastonados a la institución (blenes muebles e Immuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incursido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINICE EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE CEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE CEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO O DE CEMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE CEMANUEL S.A.S., y/o E						
S.A.S de conformidad con las instrucciones que en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s):						
dispuesto en el artículo 622, inciso 2 del código de comercio. Firma(s): pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de instrucciones, que se suscribe ho CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. que en lecha hemos suscrito a favor de CININCA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co as siguientes instrucciones: LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, niedicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos suotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido; por concepto de la permânencia en el CONSORCIO CLINICA EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D REHABILITACION INFANTILS.A.S; du INFANTILS.A.						
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, //O Nosotros, dentificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S. y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. // que en lecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co as siguientes instrucciones: LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, needcamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e Inmuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; de guero incurso de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; de guero incurso de la permanencia en el Consorcio de la consorcio de la permanencia en el Consorcio de la consorci				mparudo para tai ere	acto, de conform	idad con i
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Sogotá,D.C.,yo, //o Nosotros, //o dentificado(s) como aparece el ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIO NAFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	•	The second of th				
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, //o Nosotros, //o dentificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Que en fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMMNUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co as siguientes instrucciones: LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, nedicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos suctas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMINAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI PREHABILITACION INFANTILS.A.S; Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Int	Firma(s):	한 일이 없다면 하다 하나 하는 것이다.	v/o	1.000		Fet
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO Bogotá,D.C.,yo, //o Nosotros, //o dentificado(s) como aparece el ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION Que en fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMMNUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co as siguientes instrucciones: LEI volor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, nedicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos suotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMINAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI PREHABILITACION INFANTILS.A.S; Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Int	namaré será llen	ado nor el accedor de confor	múdad de la carta	de instruccionos	ZIIIO GO GUIG	cribo ba
Rogotá,D.C.,yo, Nosotros, dentificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. que en echa hemos suscrito a favor de "CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co as siguientes instrucciones: LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos autotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMINAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D REHABILITACION ACIONAL DE DEMENCIAS INFANTILS.A.S; duicen ingreso con fech Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Ref mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concentra de la máxima paciente: [Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Ref mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concentra de la máxima paciente: [Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Ref mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello El pagare será llenad	hogore sere inch	day por a derector, ac contor		ac matacacacac	, que se sus	CHOC NO
Rogotá,D.C.,yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. que en fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co as siguientes instrucciones: LEI valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e Immuebles), copagos suotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMINAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO D REHABILITACION ASÍ MISMIT PROSIDENTE INFANTILS.A.S; di Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concento del responsable: Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de					:	
Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No		CARTA DE INSTRUCCIONES PARA	LLENAR PAGARE CO	N ESPACIOS EN BI	LANCO	
Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No	Panaté D.C. va					uto
dentificado(s) como aparece al ple de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL Y/o al INSTITUT NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACIO INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.		7. 7. 7. 7.	* 11 m	Net us		ŅΟ
NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.				YO OLYNITON CARRE	HALLEL AND ALTA	VCT ET LITE
INFANTIL S.A.S para llenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No						
fecha hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/a al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIA EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permianencia en el CONSORCIO CLINIC EMMINAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION PREHABILITACION INFANTILS.A.S; do quien ingreso con fech Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello concesada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre Mombre Mo						
EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S conforme co las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMANUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION REHABILITACION PREMABILITACION INFANTILS.A.S; Quien ingreso con fech Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya iugar a ello pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente C.C.: Terma responsable: Acqual presidente Acqual presidente Acqual presidente Nombre del paciente						
las siguientes instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; di quien ingreso con fech paciente Nellon freed to a máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudidal y judicial en caso de que haya lugar a ello El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no concelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente de paciente ya nombrado la cuenta de paciente: Nombre del paciente ya nombrado la cuenta de paciente.						
1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hospital día, servicios prestados por lo médicos adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes muebles e inmuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI REHABILITACION INFANTILS.A.S; di paciente Y HABILITACION INFANTILS.A.S; di quien ingreso con fech quien ingreso con fech la compacta de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello la pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente C.C.: Firma responsable: Nombre del paciente Nombre del paciente			EMPILITACION E II	ADZELIACION INI	AITTLE SMIS COI	nomie co
médicos adscritos a la Institución, medicamentos, daños ocasionados a la Institución (blenes muebles e Inmuebles), copagos cuotas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILS.A.S; de quien ingreso con fech paciente	_	· · · · · · · · · · · · · · · · · ·	lización conculta prior	itaria y hocoital día	conérios prostar	toe nor los
contas moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia en el CONSORCIO CLINIC EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; de quien ingreso con fech paciente						
EMMNAUEL Y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI REHABILITACION Y HABILITACION INFANTILS.A.S; de quien ingreso con fech paciente Y HABILITACION INFANTILS.A.S; de quien ingreso con fech paciente Production de la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pager los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya iugar a ello el pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente C.C.:						
HABILITACION INFANTILS.A.S; de parciente Notes de proceso de la composicion de parciente Notes de plazo: Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pager los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente C.C.: Ge Rirma responsable: Nombre del paciente						
paciente						
Intereses de plazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente C.C.: de Rirma responsable: **Yestas que del ** Nombre del paciente** Nombre del paciente** Tentra responsable:		William Locale Comme	MOTELLACION	1 - 5 5 -	•	
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello el pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente:	paciente	STAGNICON GONIE		- quacri	ingreso con	ieuk
Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello la pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no estancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente:	Testavacas do alor	**************************************	The state of the s	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y judicial en caso de que haya lugar a ello el pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no e cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente	•					
El pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida del paciente ya nombrado la cuenta no ecancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente: Nombre del paciente						
cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuenta. Firma paciente:						
Tirma paciente:					i nombrado la cu	enta no es
C.C.: Ge Firma responsable: Nombre del responsable:	ancelada en su tota	ilidad, o por el saldo en caso de que se	haya hedio abono a ta	i cuenta.		
C.C.: Ge Firma responsable: Nombre del responsable:		atanka.		Marahwa	dal	an alamba
Firma responsable: X Gada gran Qd 7 Fombre del responsable: X	тина раг			Nombre	oer	paciente
Firma responsable: X Gada gran Qd 7 Frombre del responsable: X		·				
fombre del responsable: X ^d / / / / / / / / / / / / / / / / / / /						
	, -	- A Glide frank SY				-
	Yombre del respons C.C.: <u>79/63</u>		<i> <u>/</u></i>			_

Eminorius Friestria Indeposit

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01

Actualización: --/--/---

Página 2 de 3

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

Datos generales de quien(es) va(n) a suscribir pagare y carta de instrucciones:
Nombres: 1 Giraldo Ganzez
Cedula de ciudadanía: 29/1/3 257
Estado Civil: Vasada
Parentesco o calidad en la que actúa, si no es el paciente: <u>I pacabre</u>
Empresa empleadora: x de Sen pleado
Dirección: Verada la facente Tocconzina
Teléfona(s): ** 39647869 46
Trabajador independiente (profesión u oficio):
Dirección:
Telefono(s):
CONSORCIO CLINICA EMMNADEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUE INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S o a quien sea en el futuro el acreedor del crédit solicitado, para: A. Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeñ.
 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 com sobre el incumplimiento, se hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial di tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño com deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útilos 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 trataria, analizaria, clasificaria y luego suministraria 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 8, y E, de esta cláusula. E. Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mís solicitudes de crédito como otros atenuantes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registro públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
La autorización anterioz no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada e veras, completa, exacta y ecualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir si 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 m 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 vertificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mís deberes constitucionales legales y, tercero, a elaborar estadísticas y derivar mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
Declaro haber leído culdadosamente el contenido de esta cláusula, y haberia comprendido a cabalidad, razón por la cual entiondo sus alcances y sus implicaciones.
Nombres Noiraldo 60 mez staguirro
d d
C.C.: 79143757 de 45d.