Eteri Laur

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Página 1 de 2

PAGARE No	406

Yo/nosotros:		
	deudores incondicionales de	identifica
CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL	S.A.S. W/o EMMANUEL TI	NSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S en adelante simplem	ente el acreedor nor la	cantidad de:
The second secon	arte or surcessi, por in	Por
capital:		Por
intereses de mora: a la máxima autorizada por las autoridades monetarias:		Por
otros gastos:		Nos.
obligamos a pagar dicha suma de dinero al acreedor en sus oficinas de Bogotá D.C., en	la Carrera 22 no. 142-63, o	on ou orden o
al tenedor de este pagare, el díadedel	año SEG	UNDO: que a
partir de esta fecha, sobre las obligaciones insultas y los gastos pagaremos intereses	moratorios a la taca do más	eherhotus emis
por les autoridades monetarias. TERCERO: que en caso de cobro judicial o extra Júdicia	l de acte manare ceran de nu	unta autorizada
gastos y costos que por dicha cobranza se ocasionen, así como el valor del impuesto de t	imbre el hau kuar de al CII	ABTO: a partir
de la fecha de la respectiva demanda Judicial, sobre los intereses pendientes, debidos co	n un año de anheioridad o m	AKTO: a parur
intereses a la máxima tasa fijada para la mora. QUINTO: los honorarios de abogado, en	Carro de acredio directo o de	nas, pagaremos
prejudicial, se establecen en un 20% sobre el valor de la obligación más sus accesorio	e SENTON due desan de nu	pego a sa ecapa sestro senso los
impuestos que causen este pagare, quedado al acreedor facultando para pagarlos por mi	i chante el firere necurano. E	estro cargo los eta bacacó corá
lenedo por CONSORCIO CLINICA EMMNAUEL y/o al INSTITUTO NACIONAL	DE DEMENCIAC EMANUE	sic bahare sera
EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.	S de conformidad con las inc	trucciones aus
en documento a parte hemos impartido para tal efecto, de conformidad con lo dispuest	to en al articula 622 Inclea	del códico de
comercio.		aci cooligo aç
The management states as	200 म्य इंकालको कामाप्रिका	
Time(s):	in section of the section of	Este
pagaré será llenado por el acreedor, de conformidad de la carta de		suscribe hoy
CAST CONTRACTOR AND	and the second s	
	no unarguid se publishen, or	
10.10 (A.1.14-1995) (A. 1.1.14-19)	on white resides 90000 0500	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ES	PACTOS EN BLANCO	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESC Bogotá,D.C.,yo,	PACTOS EN BLANCO	y/o
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESC Bogotá, D.C., yo,	PACTOS EN BLANCO	
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESI Bogotá,D.C.,yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C	PACIOS EN BLANCO	I INSTITUTO
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/	INSTITUTO
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para itenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No.	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL 9/0 2 E REHABILITACION Y HA	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C MACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para itenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O R E REHABILITACION Y H/	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O R E REHABILITACION Y H/	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para lienar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones:	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL y/o a E REHABILITACION Y HA NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y nose	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL y/o a E REHABILITACION Y HA NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles); cop	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos lagos y cuotas
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes moderadores y demás gastos que se haya finuncido por concepto de la permanencia er	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles), cop mel CONSORCIO CLINICA	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos lagos y cuotas A EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESC Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para itenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles), cop mel CONSORCIO CLINICA	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos lagos y cuotas A EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON ESC Bogotá, D.C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para itenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles), cop mel CONSORCIO CLINICA	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos lagos y cuotas A EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para itenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones. 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (bienes moderadores y demás gastos que se haya fincurido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/O NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con plai día, servicios prestados prestad	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos lagos y cuotas A EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUI HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de plazo:	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/O NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con plai día, servicios prestados prestad	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos lagos y cuotas A EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D.C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUI HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de plazo:	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/O NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con plai día, servicios prestados prestad	INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos lagos y cuotas A EMMNAUEL
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para tienar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya finurido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mionetarias.	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/O NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles); cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB	AF INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL I las siguientes por los médicos agos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogota, D. C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para tienar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes moderadores y demás gastos que se haya tinumido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUI HABILITACION INFANTILS.A.S; del pacienta quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades monetarias. Así mismo me (nos) obilgo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudiciai y	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O a E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles), cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos pagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para tienar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya finurido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mionetarias.	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O a E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles), cop nel CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB judicial en caso de que haya fel paciente ya nombrado la	ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL n las siguientes por los médicos pagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CO AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para itenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya incurrido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUE HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de piazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades múnetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida d cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuen	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMINAUEL y/o a E REHABILITACION Y HA NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con Dital día, servicios prestados p muebies e inmuebies), cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB judicial en caso de que haya del paciente ya nombrado la ta.	of INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL h las siguientes por los médicos hagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y lugar a ello. El h cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CO AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION IN instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya finoritido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUI HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades múnetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y pagare será flenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida de canoelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuen Firma paciente: Nombre del paciente:	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/O NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con plai día, servicios prestados p muebles e inmuebles), cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB judicial en caso de que haya del paciente ya nombrado la sta.	of INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL h las siguientes por los médicos hagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y lugar a ello. El h cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO C AACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en blanco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INI instrucciones: 1.El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya finarifido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de piazo: Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades múnetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudicial y pagare será llenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida d cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuen Firma paciente: Nombre del paciente: Oc.: de	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con plai día, servicios prestados p muebles e inmuebles), cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB judicial en caso de que haya del paciente ya nombrado la sta.	of INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL h las siguientes por los médicos hagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y lugar a ello. El h cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CI ACCIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para flenar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMNAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION IN instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya finuirido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUI HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades minetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudiciai y pagare será flenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida d cancelada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuen firma paciente: Nombre del paciente:	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con muebles e inmuebles); cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB judicial en caso de que haya del paciente ya nombrado la eta.	of INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL h las siguientes por los médicos hagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y lugar a ello. El h cuenta no es
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE CON EST Bogotá, D. C., yo, Nosotros, Identificado(s) como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a CONSORCIO CO ACCIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DI INFANTIL S.A.S para fienar los espacios en bianco del pagare distinguido con el No. hemos suscrito a favor de CLINICA EMMINAUEL CONSORCIO y/o al INSTITUTO S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION IN instrucciones: 1. El valor del capital será la suma total que por hospitalización, consulta prioritaria y hosp adscritos a la institución, medicamentos, daños ocasionados a la institución (blenes, moderadores y demás gastos que se haya finuirido por concepto de la permanencia er y/o al INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUI HABILITACION INFANTILS.A.S; del paciente quien ingreso con fecha Intereses de mora a la máxima tasa permitida por las autoridades mionetarias. Así mismo me (nos) obligo (obligamos) a pagar los gastos de las cobranzas prejudiciai y pagare será flenado de acuerdo con estas instrucciones, si al momento de la salida d canoclada en su totalidad, o por el saldo en caso de que se haya hecho abono a tal cuen firma paciente: Nombre del paciente:	PACIOS EN BLANCO LINICA EMMNAUEL Y/O & E REHABILITACION Y H/ NACIONAL DE DEMENCI FANTIL S.A.S conforme con plai día, servicios prestados p muebles e inmuebles), cop n el CONSORCIO CLINICA EL INSTITUTO DE REHAB judicial en caso de que haya del paciente ya nombrado la sta.	of INSTITUTO ABILITACION que en la fecha AS EMANUEL h las siguientes por los médicos hagos y cuotas A EMMNAUEL ILITACION Y lugar a ello. El h cuenta no es

E trepte inde

Firma:

FORMATO PAGARE PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

FR - THRL - 04

Original: 29/06/2017	Versión: 01
Actualización://	Dánia a a d

Página 2 de 2

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

reditiones.	ulen(es) va(n) a suscribir pagare y carta de	grand A Mark Tag and T
Cedula de ciudadanía:		
Estado Civil:		
Parentesco o calidad e	n la que actúa, si no es al pacientos	
Empresa empleadora:		
		. u dSustilio des an
Trabajador Independie	nte (profesión ir effect)	Super and see y meaning and a second and a s
Dirección;	To Millian State of the Control of the Control	AND CHARGE SELECTION SELECTION OF PROBLEMS AND PROBLEMS OF THE PROBLEMS AND PROBLEMS OF THE PR
Felefono(s):	utocasos, en caso de asmente a-neco.	THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH
		doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a ai CONSORC
A. Consultar, en		doy mi consentimiento de expreso e irrevocable a al CONSORO MENCIAS EMANUEL S.A.S., y/o EMMANUEL INSTITUTO ien sea en el futuro el acreedor del credito solicitado, para:
 Reportar a las 	centrales de información do sisso do	toda la información relevante para conocer mi desempeño co turo de concederme un créditos
sobre el incum tal forma que deudor despus C. Enviar la info	centrales de información de tiesgo datos, plimiento, se hubiere, de mis obligaciones estas presenten una información veraz, po es de haber cruzado y procesado diversos o mación mencionada a las centrales de	toda la información relevante para conocer mi desempeño con turo de concederme un crédito; tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno con crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial entinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño con latos útiles para obtener una información significativa.
sobre el incum tal forma que deudor despué C. Enviar la info SUPERFINAN puedan trataria D. Conservar, tan	centrales de información de riesgo datos, plimiento, se hubiere, de mis obligaciones estas presenten una información veraz, po- is de haber cruzado y procesado diversos o rimación mencionada a las centrales de ICTERA o las demás entidades públicas que o, analizaria, plasificada y luego suministral to en (la entidada.	toda la información relevante para conocer mi desempeño co turo de concederme un crédito; tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno con crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial estinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño con latos útiles para obtener una información significativa. riesgo de manera directa y, también, por intermedio de e ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que est la a dichas centrales.
Reportar a las sobre el incum tal forma que deudor despus C. Enviar la info SUPERFINAN puedan trataria D. Conservar, tan necesario seña E. Suministrar a la mis relaciones públicos, bases	centrales de información de riesgo datos, plimiento, se hubiere, de mis obligaciones estas presenten una información veraz, por se de haber cruzado y procesado diversos o mación mencionada a las centrales de ICTERA o las demás entidades públicas que la analizaria, clasificaria y luego suministrar to en (la entidad) como en las centrales lado en sus reglamentos la información indicionen sus reglamentos la información indicionen controles de información de riesgo dato comerciales, financieras y en general socio de datos públicas o documentos publicas publicas o documentos publicas publicas o documentos publicas o documentos publicas o documentos publicas o documentos publicas do documentos publicas do documentos publicas do documentos publicas do documentos publicas documentos publicas do docume	toda la información relevante para conocer mi desempeño co- turo de concederme un crédito; tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno con crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial extinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño con latos útiles para obtener una información significativa. riesgo de manera directa y, también, por intermedio de eleccen funciones de vigilancia y control, con el fin de que est la a dichas centrales. de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periox icada en los literales B. y E. de esta cláusula. se relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes seconómicas que yo haya entregado o que consten en registro
B. Reportar a lass sobre el incum tal forma que deudor desput C. Enviar la info SUPERFINAN puedan trataria D. Conserver, tan necesario seña E. Suministrar a la mis relaciones públicos, bases autorización anterior das, compieta, exacta y que se informa sobre:	centrales de información de niesgo datos, plimiento, se hubiere, de mis obligaciones estas presenten una información veraz, por se de haber cruzado y procesado diversos o mación mencionada a las centrales de ICTERA o las demás entidades públicas que o analizaria, clasificaria y luego suministrar to en (la entidad) como en las centrales lado en sus reglamentos la información indis centrales de información de riesgo dato comerciales, financieras y en general socio de datos públicas o documentos públicos. No me impedirá ejercer mi derecho a come ecualizada, y en caso de que no lo sea, a clas correcciosas, y en caso de que no lo sea, a clas correccionas de comerciales, y en caso de que no lo sea, a clas correccionas de comerciales.	toda la información relevante para conocer mi desempeño co- turo de concederme un crédito; tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno con crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial rtinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño con latos útiles para obtener una información significativa. riesgo de manera directa y, también, por intermedio de eleccen funciones de vigilancia y control, con el fin de que est la a dichas centrales. de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periox icada en los literales B. y E. de esta cláusula, si relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes beconómicas que yo haya entregado o que consten en registro oborar en cualquier tiempo que la información suministrada e un se deje constancia de mi desacuerdo, a existe ou mentre de un se deje constancia de mi desacuerdo, a existe ou mentre de un se deje constancia de mi desacuerdo, a existe ou mentre de un se deje constancia de mi desacuerdo, a existe ou mentre de un se deje constancia de mi desacuerdo, a existe ou mentre de perior
sobre el incum tal forma que deudor despué C. Enviar la info SUPERFINAN puedan trataria D. Conservar, tan necesario seña E. Suministrar a la mis relaciones i públicos, bases autorización anterior de as, completa, exacta y que se informa sobre i indo yo lo pida, quien de sidiferentes, primero	centrales de información de nesgo datos, plimiento, se hubiere, de mis obligaciones éstas presenten una información veraz, por estas presenten una información veraz, por estas presenten una información veraz, por estas de haber cruzado y procesado diversos de mación mencionada a las centrales de ICTERA o las demás entidades públicas que o en (la entidad) como en las centrales dado en sus reglamentos la información indes centrales de información de riesgo dato comerciales, financieras y en general socio de datos públicas o documentos públicos, no me impedirá ejercer mi derecho a comecualizada, y en caso de que no lo sea, a o las correcciones efectuadas. Tampoco liber consulto mi historia de desempeño creditico o permite a (la entidad) y a las centrales de a evaluar los ricasos de ou por las centrales de a evaluar los ricasos de desempeño crediticos permites a (la entidad) y a las centrales de a evaluar los ricasos de que no lo sea de consulto mi historia de desempeño creditico.	toda la información relevante para conocer mi desempeño co- turo de concederme un crédito; tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimento oportuno con crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial entinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño con latos útiles para obtener una información significativa. Inlesgo de manera directa y, también, por intermedio de e ejercen funciones de vigiliancia y control, con el fin de que est la a dichas centrales. de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periox icada en los literales B. y E. de esta cláusula, s relativos a mis solicitudes de crédito como otros atenuantes beconómicas que yo haya entregado o que consten en registro