

PAGARÉ

PAGARÉ Nro.

LUGAR Y FECHA:

VALOR:

TASA DE INTERES DURANTE EL PLAZO:

TASA DE INTERES DE MORA:

PERSONAS A QUIEN DEBE HACERSE EL PAGO: FECES

LUGAR DONDE SE EFECTUARÁ EL PAGO:

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN:

PRIMERO: Declaro que por virtud del presente titulo valor pagaré incondicionalmente a la orden de _____ el valor de _____ como capital (\$) _____), los intereses de plazo y de mora.

SEGUNDO: INTERESES sobre el saldo insoluto se generará a partir del vencimiento del presente pagaré un interés moratorio correspondiente a la tasa máxima autorizada por la Superintendencia financiera

TERCERO: PLAZO que pagaré el capital indicado en la cláusula primera mediante cuotas mensuales y sucesivas correspondientes cada una a la cantidad de _____, iniciando en la fecha _____

Autorizo expresamente al UnionCES para que la información suministrada en el presente documento que tiene carácter estrictamente personal y comercial, sea consultada y verificada con terceras personas, incluyendo los Bancos de Datos.

Igualmente para que la misma sea usada y puesta en circulación con fines estrictamente comerciales.

Autorizo al UnionCES, para que en el momento que termine por cualquier motivo mi contrato laboral con la Clínica CES, la Universidad CES, el Instituto Colombiano de Medicina Tropical solicite a ésta que descuente, de mis salarios y/o prestaciones sociales, y/o indemnización, con copia este pagaré, todo lo que adeude por concepto de la obligación que contraí con el UnionCES.

También autorizo expresamente para la obligación sea reportada a la Central de Información Financiera DATACREDITO o cualquier otra entidad o base de datos con la cual el UnionCES tenga convenio.

Reconozco a mi cargo todas las sumas que por concepto de gastos de cobranza judicial o extrajudicial se generen para el cobro de esta obligación.

DEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

NUMERO DE CEDULA: _____

FIRMA: _____

Huella

