

Ciudad:

Fecha:

**Señores,
LEGALMED
NIT. 901.532.790-1**

E.S.M.

Ref.: Autorización e instrucciones para llenar un pagaré (título valor) de contragarantía firmada con espacios en blanco

Yo (nosotros),

Identificados como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s) y actuando en nombre y causa propia por medio de este documento y en los términos del artículo 622 del Código de Comercio autorizo (autorizamos) a ustedes en forma permanente e irrevocable para llenar el documento pagaré que he (hemos) otorgado a su favor. Para que el mismo, una vez llenado, constituya un pagaré al orden otorgado a su favor. El documento pagaré tiene espacios en blanco que podrán ser llenados sin previo aviso, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. En el espacio reservado para el nombre de las personas a quienes deba hacerse el pago se indicará LEGALMED con la cual haya (hayamos) contraído cualquiera de las obligaciones a que se refiere el numeral 2 de la presente carta.
2. En los reservados para un valor en pesos se indicará el monto de cualquier suma insoluta, presente o futura, que para la fecha en que sea llenado el pagaré, llegare a deber a LEGALMED – directamente o indirectamente y en forma conjunta o separada, el firmante o cualquiera de los firmantes del pagaré, por cualquier concepto tales como, deudas
3. La fecha de vencimiento del pagaré será el día en que el pagaré sea llenado por LEGALMED.
4. La fecha de emisión del pagaré el día en que el pagaré sea llenado por LEGALMED.
5. El acreedor queda facultado para dar válidamente por vencidos los plazos concedidos para el pago de mi (nuestras) obligaciones y para proceder a cobrar la totalidad de las obligaciones por vía judicial o extrajudicial, previo el diligenciamiento del pagaré de acuerdo con las presentes instrucciones, en cualquiera de los siguientes casos.

(a) Cuando cualquiera de los firmantes del pagaré no pague en todo o en parte y en la oportunidad debida, cualquiera de las obligaciones de que trata el numeral 2 de la presente carta;

(a) Por mora o incumplimiento en el pago de cualquiera de las cuotas pactadas para amortizar el capital o pago de los intereses; (c) Cuando sean embargados o perseguidos bienes de cualquiera de los firmantes del pagaré por cualquier persona en ejercicio de cualquier clase de acción;

(d) Cuando cualquiera de los firmantes del pagaré solicite ser admitido a la celebración de concordato con sus acreedores, acuerdo de reestructuración o cuando se inicie respecto de los firmantes del pagaré trámite de liquidación obligatoria, o cuando cualquiera de los firmantes del pagaré se disuelva por cualquier causa o inicie diligencias tendientes a su liquidación por cualquier causa; (e) Cuando se produzca la muerte de cualquiera de los firmantes del pagaré. En este caso el Acreedor tendrá el derecho de exigir la totalidad del crédito a uno cualquiera de los herederos, sin necesidad de demandarlos a todos;

(f) Cuando las garantías constituidas a favor de LEGALMED desaparecieren total o parcialmente, por cualquier causa, o cuando su valor, a juicios del acreedor garantizado disminuyere en forma considerable, de modo que dejen de ser suficientes, o cuando los bienes sobre los cuales se constituyeron dichas garantías sean gravados o enajenados en todo o en parte y a cualquier título sin el consentimiento del Acreedor garantizado.

(g) Cuando cualquiera de los firmantes de los pagarés no suministre al Acreedor la información o documentación que se le solicite para establecer o actualizar su situación financiera o si cometiere inexactitudes en los estados financieros, informes, declaraciones o documentos que presente.

(h) Mala o difícil situación económica del deudor o uno cualquiera de los deudores calificada por el Acreedor

(i) Si me (nos) retiro (retiramos) por cualquier causa de la Empresa, donde labora en estos eventos LEGALMED podrá cubrir el importe de este título con el producto de los pagos que me (nos) haga la Empresa

- (j) Cuando el destino del crédito sea diferente al tipo de obligación solicitada;
(k) Cuando el crédito no tenga respaldo de un codeudor o si lo tuvo, y no ha sido reemplazado por otro deudor solidario dentro del mes siguiente.

6. El lugar de cumplimiento de las obligaciones cambiarias será el de cualquiera de las oficinas de LEGALMED que el firmante (firmantes) haya (hayamos) contraído cualquiera de las deudas de que trata el numeral 2 de la presente carta o el lugar de la oficina que se haya hecho cargo de sus negocios.

En el evento de ser aprobado el crédito, los pagos se harán de la siguiente manera:

La suma de \$ _____ en los ___ primeros días de cada mes iniciando en el mes de _____ de los cuales se pagarán mes a mes y así sucesivamente hasta completar el monto aprobado.

Acompaño (acompañamos) el documento pagaré en referencia y declaro (declaramos) haber recibido copia de la presente carta de instrucciones Atentamente,

Firma: _____
Nombre: _____
C.C : _____ de _____
Dirección y Ciudad: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____

HUELLA

Firma: _____
Nombre: _____
C.C : _____ de _____
Dirección y Ciudad: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____

HUELLA

credi / Médica

credi / Médica