Señores

**FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Ciudad

Ref.: Carta de Instrucciones del Pagaré **No.** 2014-2-0086

Nosotros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, por medio de la presente autorizamos expresamente a la FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD. - FUCS para que de manera expresa e irrevocable proceda a llenar el pagaré a la orden con espacios en blanco citado en la referencia el cual he otorgado a favor del Acreedor, de conformidad con las siguientes instrucciones:

1. El pagaré se diligenciará en el momento en que la Acreedora lo considere conveniente.
2. El número del pagaré corresponde al **No** 2014-2-0086
3. El valor será la suma adeudada según la cantidad acordada al momento de diligenciar el pagare y de acuerdo con las condiciones indicadas por el acreedor, incluyendo cualquier otra suma distinta de intereses que resulte a mi cargo y a favor del tenedor legitimo por cualquier concepto como: gastos, costos, honorarios de cobro, impuestos, etc., así como los pagos que dicho tenedor legitimo haya efectuado a terceros en mi nombre.
4. El espacio correspondiente al acreedor deberá ser diligenciado con el nombre del tenedor legítimo del título.
5. La fecha del vencimiento será la de creación del título contenida en numeral 1 de este documento.
6. La tasa de interés remuneratoria y moratoria corresponderá a la comercial máxima legal establecida. Sin perjuicio de lo anterior, el Acreedor tendrá la facultad de ajustar la tasa de interés para efectos del límite de usura, sin que ello implique por parte del Acreedor una modificación unilateral o una reducción voluntaria de la tasa de interés. Todo lo anterior de acuerdo con las normas emitidas por la Entidad debidamente autorizada para ello.
7. Para todos los efectos, autorizo a LA ACREEDORA o a cualquier tenedor legítimo del pagaré, para que, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial  constituya la mora y/o incumplimiento, declare vencido el plazo de las obligaciones a mi cargo, así como el de las cuotas que constituyan el saldo, y exija su pago total inmediato, judicial o extrajudicialmente; para lo cual se entenderá autorizada a diligenciar el pagaré de la referencia, en las condiciones y términos previstos en este documento, la ley y además en los siguientes casos:
	1. Cuando incumpla una cualquiera de las obligaciones que haya contraído con EL ACREEDOR.
	2. Si los bienes de EL/LA DEUDORA fueren perseguidos judicialmente por terceros, en ejercicio de cualquier acción; y
	3. Si el/la DEUDORA incumple las obligaciones establecidas por la FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
	4. Si EL/LA DEUDORA ha recibido prepagos por cuenta de la obligación, que no ha transferido a LA ACREEDORA, se extinguirá el plazo automáticamente, haciéndose exigible en su totalidad la obligación.
8. Fecha de creación del pagaré, será la misma fecha en que se diligencie.
9. Lugar de creación del pagaré. será la ciudad en la que se diligencie el pagaré.
10. Que el pagare así llenado presta merito ejecutivo, pudiendo la FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD, o su tenedor legítimo, exigir su cancelación, sin perjuicio de las demás acciones que la FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD, pueda ejercer.
11. Las presentes instrucciones son impartidas de conformidad con lo expuesto en el artículo 622, inciso 2do del código del comercio y para todos los efectos allí previstos.

Así mismo, los autorizo para diligenciar los espacios relativos a: sistema de amortización, mi domicilio y la calidad en que actúo, de conformidad con la información suministrada a EL ACREEDOR.

Las **instrucciones** y demás autorizaciones que por medio de esta carta hayan sido dadas a EL ACREEDOR, se entienden de igual manera otorgadas al tenedor legítimo del pagaré o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor del crédito.

Declaro, además, que conozco la totalidad del pagaré y el origen de la deuda los cuales acepto sin reserva alguna.

|  |  |
| --- | --- |
| Atentamente,       |   |
| Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Deudor:CC: |  **Huella índice derecho** |
|  |  |
|  |  |
| Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Deudor Solidario:CC: |  **Huella índice derecho** |