



PAGARE

Debe llenar únicamente los datos que tienen esta convención 

Numero: _____ Valor: _____ Fecha de vencimiento: ___ / ___ / ___ EQUIPO: _____


REFERENCIA: _____

 YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de MAPLE RESPIRATORY IPS S.A.S., en la ciudad de  en sus oficinas ubicadas en _____, la suma de _____ (\$ _____) M/CTE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio de las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costas y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaró excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.


Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Atentamente,

Información y Firma del Titular:


Nombre _____
C.C. No. _____
Dirección _____
Teléfono _____
Celular _____
EPS _____ Cotizante _____ Beneficiario _____
Correo _____
Firma: _____
Huella índice derecho

Información y Firma del Apoderado:


Nombre _____
C.C. No. _____
Dirección _____
Teléfono _____
Celular _____
EPS _____ Cotizante _____ Beneficiario _____
Correo _____
Firma: _____
Huella índice derecho

 **DATOS DE CONTACTO DE UNA REFERENCIA FAMILIAR QUE NO VIVA CON EL TITULAR:**

Nombre _____	Celular _____
Teléfono _____	Correo _____
Dirección _____	