

# AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

# Operación

104866333



Ciudad Ibague

Fecha 2017 06 08

Convenio Casur total

## Datos Generales

Nombre Completo Armando Martinez Parra

## Detalle

Tipo de Identificación ☒ C.C. ☐ C.E. No. 8704934

☒ Desembolso en Oficina

☒ Prepago Crédito Banco GNB Sudameris

☐ Transferencia Electrónica Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☐ Ahorros No.

28 JUL. 2017

Banco

En caso que la cuenta descrita anteriormente no sea válida, autorizo la entrega de recursos en Oficina.

## Descripción Prepago de Obligaciones y/o Tarjetas de Crédito (Cheques de Gerencia)

Entidad	No. Obligación / Tarjeta	Valor
Banco GNB Sudameris	339811	
Banco GNB Sudameris Prepago	104866324	

## Desembolso a Proveedores o Comercializadores de Bienes o Servicios Financiados

Nombre	NIT	Valor	Forma		Cuenta Banco GNB Sudameris	
			Cheque	Cuenta	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta

En mi calidad de titular del crédito otorgado por el Banco GNB Sudameris S.A. autorizo que el desembolso se realice al proveedor o comercializador de los bienes o servicios financiados, a través de cheque de gerencia o abono a cuenta del Banco GNB Sudameris S.A., de acuerdo con lo descrito anteriormente, descontando las comisiones a que haya lugar. Autorizo que dichos cheques sean entregados directamente en la entidad indicada anteriormente y si el valor del crédito aprobado por el Banco supera el valor adeudado con la otra entidad, favor abonar dicho monto a la cuenta por mi designada en este documento, la cual deberá ser utilizada en caso de no detallar ningún proveedor de bienes o servicios financiados.

Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. para que abone en la forma descrita anteriormente el valor correspondiente al crédito otorgado a través de transferencia electrónica, abono a cuenta del Banco o desembolso en una oficina del Banco.

Igualmente autorizo expresamente al Banco GNB Sudameris S.A. para descontar del valor a abonar, las comisiones establecidas para la operación indicada anteriormente.

Certifico que los datos suministrados son verídicos y exactos, por lo cual el Banco GNB Sudameris S.A. no es responsable en caso que por la información registrada se impida el perfeccionamiento de la operación.

Firma Deudor

No. de Identificación 8704934



Firma Codeudor

Nombre

No. de Identificación

LIBRANZA O AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO  
A FAVOR DEL BANCO GNB SUDAMERIS

BANCO GNB SUDAMERIS  
NIT. 860.050.750-1

Fecha 2017 06 08  
Año Mes Día  
Convenio Casur total

Entidad Pagadora Inicial

Con el propósito de asegurar al Banco GNB Sudameris la cancelación oportuna del crédito que bajo la modalidad de libranza me ha otorgado de la siguiente forma:

Crédito No.	Valor del Crédito	Plazo (Meses)	Valor Cuota Mensual	Valor Total Financiación
	\$		\$	\$

Acepto y autorizo expresa e irrevocablemente que me sean descontadas y transferidas directamente al Banco GNB Sudameris en forma mensual, quincenal o semanal según sea el caso, del sueldo, asignación de retiro, pensión, prestaciones sociales y demás sumas a que tengo derecho como empleado o pensionado o retirado de esta entidad, todas las sumas necesarias para cubrir el valor total del mencionado crédito por concepto de capital, intereses remuneratorios y seguros más el valor de los intereses de mora que se originen, cualquiera que sea la causa y hasta que el Banco GNB Sudameris reciba efectivamente los recursos adeudados, así como los honorarios de abogado que se causen por concepto de cobro judicial y prejudicial de la deuda, si a ello hubiere lugar. Autorizo igualmente a descontar por anticipado, durante el tiempo que permanezca en vacaciones o licencia, el valor de las cuotas que deban pagarse por concepto del mencionado crédito.

Declaro que las sumas que estoy autorizando que me sean descontadas por medio del presente documento, estarán libres de toda afectación o gravamen mientras se encuentre vigente el crédito otorgado por el Banco GNB Sudameris.

Desde ahora autorizo irrevocablemente para que en caso de producirse mi retiro como empleado de esa entidad cualquiera que sea la causa y siempre que el convenio en virtud del cual se otorgó el crédito de libranza así lo permita, me sea descontado de mi liquidación total (salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones, primas u otros) o de las sumas resultantes a mi favor, el monto del saldo del crédito que se encuentre vigente a mi cargo por cualquier concepto en dicho momento con el Banco GNB Sudameris. En caso de ser pensionado o retirado, en el evento de perder tal calidad por cualquiera que fuera la causa distinta a fallecimiento, me obligo a pagar oportunamente las obligaciones a mi cargo con el Banco GNB Sudameris.

En caso que en determinado período no opere el descuento necesario para atender las cuotas del crédito que el Banco GNB Sudameris me ha otorgado bajo la modalidad de libranza, autorizo de manera voluntaria y expresa al mencionado Banco para realizar el débito automático de cualquiera de las cuentas que relaciono a continuación, aperturadas a mi nombre en las entidades financieras que se indican así:

Tipo de Cuenta

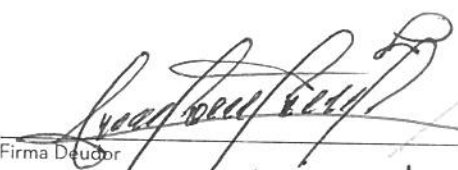

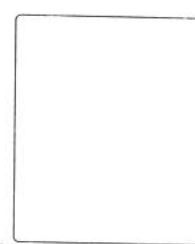
☐ Corriente ☐ Ahorros Número Banco  
☐ Corriente ☐ Ahorros Número Banco

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 1527 del 2012, la presente autorización de descuento faculta al Banco para solicitar no sólo a la Entidad Pagadora, sino a cualquier otra que en futuro adquiera dicha calidad, el giro correspondiente de los recursos a que tiene derecho el Banco GNB Sudameris para la debida atención de las obligaciones adquiridas bajo la modalidad de Libranza o descuento directo.

Declaración del Codeudor o Avalista

Según las condiciones establecidas entre la Entidad Pagadora y el Banco GNB Sudameris y en la medida que esto sea aplicable, en caso que por cualquier circunstancia el descuento no pueda hacerse efectivo al Deudor Principal, como Codeudor o Avalista autorizo expresa e irrevocablemente a la entidad para que se efectúe el respectivo descuento de mi sueldo, asignación de retiro, pensión, prestaciones sociales, y demás sumas a que tengo derecho como empleado, pensionado o retirado de esa Entidad, hasta cancelar la totalidad del valor adeudado al Banco GNB Sudameris.

En caso que se produzca el fallecimiento del Deudor Principal, como Codeudor autorizo expresa e irrevocablemente a esa Entidad para que de la sustitución pensional que me corresponda en mi calidad de cónyuge, sean efectuados los descuentos necesarios para cancelar el saldo total adeudado al Banco GNB Sudameris.

			
Firma Deudor	Huella Dactilar	Firma Codeudor / Avalista	Huella Dactilar
Nombres Armando		Nombres	
Apellidos Martinez Parra		Apellidos	
Número de Identificación 8704934		Número de Identificación	
Teléfono 3003271812 Ciudad Ibagué		Teléfono Ciudad	

Para Uso Exclusivo de la Entidad Pagadora

La Entidad pagadora acepta la Libranza como único documento para dar cumplimiento a la autorización otorgada por el trabajador en su calidad de deudor, codeudor o avalista, por lo tanto se obliga irrevocablemente a efectuar los descuentos de nómina para el pago de los créditos otorgados por el Banco hasta su total cancelación y a trasladar los pagos en la forma y los plazos establecidos en el convenio.

Firma y Sello de la Entidad Pagadora

COV-07 (2014-Oct-01)

Nombre Completo

# SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN  
**ASEGURADO** ☒ **DATOS DEL TOMADOR**

FECHA DE SOLICITUD  
DÍA MES AÑO  
NÚMERO DE PÓLIZA  
**994000000001**

TIPO DE DOCUMENTO  
☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. **860.050.750-1** RAZÓN SOCIAL **BANCO GNB SUDAMERIS**

TIPO DE DOCUMENTO  
☒ CC ☐ CE ☐ TI No. **8704934**

DIRECCIÓN DOMICILIO  
**M2 B CASA 8 Tolima Grande**

CORREO ELECTRÓNICO

PRIMER APELLIDO **Martinez** SEGUNDO APELLIDO **Parra** PRIMER NOMBRE **Armando** SEGUNDO NOMBRE

TELÉFONO FIJO / CELULAR **30027182** CIUDAD / MUNICIPIO **Ibague** DEPARTAMENTO **Tolima**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO **Ibague** DÍA **21** MES **11** AÑO **1958** GÉNERO **M** PESO **75 kg** ESTATURA **1.65**

OCUPACIÓN DETALLADA  
☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa

EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO  
☒ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

Accidente cerebro vascular	SI	Enfermedades Neurológicas	SI
Cancer / Tumores	SI	Enfermedades Hepáticas	SI
Infección por VIH	SI	Pulmones	SI
Diabetes mellitus	SI	Hiperlipidemia	SI
Hipotiroidismo	SI	Colesterol	SI
Ceguera	SI	Triglicéridos	SI
Amputaciones de causa traumática	SI	Hipertensión arterial	SI
Insuficiencia renal	SI		SI
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)	SI		SI
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)	SI		SI
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?	SI		SI
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?	SI		SI
¿Cuál?	SI		SI
¿El cliente requiere remisión médica?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
Si su respuesta es "SI", indique:	<input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)		
En caso de "No", indique:	<input type="checkbox"/> Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones) <input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) <input type="checkbox"/> Buen estado de salud		

**BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO**

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.						
2.						

**NOTA:** La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firme como solicitante.

**CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

**Cláusula de Tratamiento de Datos Personales:** Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien le represente, en adelante LA ASEGURADORA para:**

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA; 3) Reportar a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 12 del decreto 1377 de 2013.

c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.

d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

**FIRMA Y HUELLA**

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los **08** días del mes **06** del año **2017** en la ciudad de **Ibague**.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA  
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE  
C.C. **8704934**

HUELLA ÍNDICE DERECHO



### **1. VALOR ASEGURADO**

El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

### **2. COBERTURAS BÁSICAS**

- Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
- Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.
- Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.
- Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) durante máximo 6 meses.

### **3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS**

#### **3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE**

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley Colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

#### **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

#### **3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza.

Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, la incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

**PARÁGRAFO:** La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

#### **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

#### **3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO**

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

#### **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

#### **3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

#### **EXCLUSIONES**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

### **4. LÍMITES DE EDAD**

#### **4.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA**

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

#### **4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA**

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

**NOTA:** Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía [www.solidaria.com.co](http://www.solidaria.com.co)

**PAGARÉ A LA ORDEN**

La(s) persona(s) natural(es) abajo suscrita(s), identificada(s) como aparece al pie de la(s) correspondiente(s) firma(s) (en adelante el(los) Deudor(es), declaro(amos) que: **PRIMERO.** me(nos) obligo(amos) a pagar en forma incondicional, solidaria e indivisible a la orden del BANCO GNB SUDAMERIS S.A., (en adelante el "Banco"), o quien haga sus veces, en sus oficinas de la ciudad de \_\_\_\_\_ -1-, el día \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

-2-, la suma de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) por concepto de Capital -3 -, y la suma de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) por concepto de intereses -4.- **SEGUNDO.** En caso de mora, a partir de ella y mientras dure, pagaré(mos)

al Banco intereses de mora sobre el capital insoluto, a la tasa máxima de mora autorizada por la ley. **TERCERO.** Autorizo(amos) al Banco el cobro de intereses sobre intereses, en los casos previstos en el artículo 886 del Código de Comercio colombiano y en los demás casos autorizados legalmente o que no se encuentren prohibidos por la Ley. **CUARTO. GASTOS E IMPUESTOS:** Serán de mi(nuestro) cargo los gastos e impuestos que ocasione la emisión o circulación de este título valor, lo mismo que los costos, sanciones y gastos de cobranza prejudicial y judicial tendientes a obtener el pago, incluidos los honorarios de abogado de conformidad con las tarifas autorizadas por el Banco. Si el Banco llegase a cubrir dicho valor me(nos) comprometo(emos) a reembolsarle la suma pagada más los intereses a la tasa máxima de mora autorizada por la Ley que se hubieren causado desde la fecha de pago. **QUINTO. REGISTRO DE PAGOS:** El pago total o parcial tanto de los intereses, como del capital, se podrá hacer constar en registros escritos o sistematizados que lleve el Banco, o en este pagaré. **SEXTO. VIGENCIA Y SOLIDARIDAD:** El(los) deudor(es) y el(los) avalista(s) declaran que la forma solidaria en que me(nos) obligo(amos) subsiste en caso de prórroga(s), renovación(es) o cualquier modificación de la(s) obligación(es) y durante todo el tiempo de la(s) misma(s). Cuando en este pagaré figuren varios obligados se entenderá que lo han hecho solidariamente. En consecuencia, declaro(amos) que al Banco le asiste el derecho de dirigirse indistintamente contra cualquiera de los obligados en el presente instrumento, sin necesidad de recurrir a más notificaciones y que entre los deudores nos conferimos representación recíproca, en razón de la cual en caso de que se pacte prórroga del plazo o reestructuración de la deuda con uno solo de nosotros, se mantendrá la solidaridad que adquirimos respecto de las obligaciones derivadas de este pagaré, así como la vigencia de las garantías otorgadas. **SÉPTIMO. SUPERVIVENCIA:** Si una o más de las disposiciones de este pagaré llegare a ser considerada inválida, ilegal, nula, inexistente o sin efectos, por parte de una autoridad judicial, la validez, legalidad o vigencia de las disposiciones restantes de este pagaré no se verán afectadas, y en consecuencia las mismas conservarán plena vigencia.

El presente pagaré se firma a continuación por el(los) deudor(es) solidario(s) y/o avalista(s) en constancia de aceptación de la totalidad de su contenido:

Nombre del Deudor

Armando Martinez Parra

Número de Identificación 8704934

Dirección 426 Casa 8 Tolima grande

Ciudad Ibagué

Teléfono 300 327 1812

Fecha de Firma 2017 06 08

Firma 

Nombre del Avalista

Número de Identificación

Dirección

Ciudad

Teléfono

Fecha de Firma

Firma



Huella

Nombre del Deudor

Número de Identificación

Dirección

Ciudad

Teléfono

Fecha de Firma

Firma



Huella



Huella



INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Señores  
BANCO GNB SUDAMERIS S.A.  
Ciudad

La(s) persona(s) abajo suscrita(s), identificada(s) como aparece al pie de la(s) correspondiente(s) firma(s) (en adelante el (los) Deudor(es), por medio de la presente, faculta(amos) de manera expresa, permanente e irrevocable al BANCO GNB SUDAMERIS S.A. (en adelante el "Banco") o quien haga sus veces, para que diligencie, en virtud de lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio colombiano y demás disposiciones que lo modifiquen o sustituyan, todos los espacios en blanco del pagaré otorgado por los Deudores a la orden del Banco, (en adelante el "Pagaré"), sin previo aviso y de conformidad con las siguientes instrucciones: PRIMERO: El Banco podrá diligenciar y utilizar el Pagaré en cualquiera de los siguientes eventos: a) En el caso en que el(los) Deudor(es) incurra(n) en mora en el pago de dos o más cuotas de capital sucesivas, o de los intereses sobre éste, debidas en virtud de cualquier obligación que conjunta o separadamente el(los) Deudor(es) haya(n) contraído a favor del Banco; b) en el caso en que el(los) Deudor(es) fuere(n) demandado(s) en forma conjunta o separada, y sus bienes perseguidos por persona distinta o por el mismo Banco en ejercicio de cualquier acción; c) por el giro de cheques sin provisión de fondos o devueltos por cualquier causa imputable al girador; d) en el evento en que el(los) Deudor(es) o el avalista no constituya(n) las garantías a favor del Banco en los plazos acordados; e) por muerte de uno cualquiera de los deudores o del avalista y no fuere sustituido a satisfacción del Banco; f) cuando a juicio del Banco la(s) garantía(s) o la información y documentación proporcionada es falsa, se encuentra alterada o lo ha inducido en error; g) cuando a juicio del Banco la(s) garantía(s) o seguridad(es) que constituya(mos) o haya(mos) constituido a favor del Banco, desaparezca(n), o sufra(n) un deprecio o deterioro de tal naturaleza que no represente(n) garantía suficiente para el Banco; h) cuando quiera que las garantías mobiliarias, personales, reales o bancarias constituidas a favor del Banco no se prorroguen con ocho (8) días hábiles de anticipación a su vencimiento; i) si no remitiere(mos) oportunamente la información y/o documentación material que requiere el Banco para efectos del cumplimiento de la normatividad que le es aplicable como entidad financiera; j) cuando se enajene sin autorización del Banco a cualquier título el(los) bien(es) objeto de la(s) garantía(s) constituida(s); k) cuando el(los) deudor(es) y/o el avalista sea(n) investigado(s) o hayan incurrido en algunas de las conductas tipificadas como delito de lavado de activos en el Código Penal colombiano, particularmente, las previstas en los artículos 323 y siguientes o en otras disposiciones legales o reglamentarias. Igualmente, cuando cualquiera de los arriba mencionados sea incluido en la lista OFAC o similares expedidas por las autoridades nacionales o extranjeras; l) en el evento en que se inicie un proceso de extinción de dominio sobre el(los) bien(es) dado(s) en garantía; m) por producirse mi(nuestro) retiro por cualquier causa como empleado(s) o funcionario(s) de la entidad pagadora destinataria de la libranza por mi(nosotros) suscrita; n) En los demás casos de Ley. SEGUNDO. Al Banco le asiste la facultad de declarar extinguido o insubsistente el plazo que falte para el pago total de todas las obligaciones contraídas a la fecha en que acontezca uno cualquiera de los eventos relacionados en la cláusula anterior, así como la de exigir la cancelación inmediata de las obligaciones así vencidas con todos sus accesorios. TERCERO. Los espacios en blanco del pagaré se llenarán de la siguiente forma: [1] El lugar para el pago de la obligación: Serán las oficinas de la ciudad en la cual se hayan contraído las obligaciones a mi(nuestro) cargo. [2] La fecha de pago de la obligación será aquella que corresponda al día en que sea llenado el pagaré. [3] El espacio reservado para capital corresponderá a la sumatoria del capital de todas las obligaciones a cargo de los Deudores y a favor del Banco, por concepto de mutuos, préstamos, operaciones activas de crédito, giros, libranzas y, en general, de cualquier operación por virtud de cuya celebración el Banco tenga una posición acreedora frente al Deudor, esté o no vencido el plazo, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en todos y cada uno de los documentos que contienen las respectivas obligaciones. Se incluyen dentro de esta suma, sin limitación, los impuestos de cualquier clase, comisiones y cualquier otro concepto debido, que se derive de las obligaciones contraídas, incluyendo las sumas de intereses que conforme con la legislación vigente sean capitalizables. [4] El espacio reservado para intereses corresponderá a la sumatoria de (i) el valor de los intereses corrientes pendientes o atrasados que se liquidarán a la fecha de diligenciamiento del pagaré conforme a la tasa de interés corriente pactada con el Banco, en cada una de las obligaciones en las que el Banco sea acreedor. En el evento en que no exista documento en el que conste el pacto de la tasa de interés, esta será la que conste en cualquier documento emanado del Banco y relacionado con la obligación, como lo serían, entre otros, las liquidaciones de la obligación y los registros físicos o electrónicos del Banco, y (ii) el valor de los intereses moratorios pendientes o atrasados, que se liquidarán a la fecha de diligenciamiento del pagaré a la tasa máxima permitida según la ley, para cada una de las obligaciones objeto del presente pagaré. CUARTO. Que expresamente faculta(amos) al Banco para compensar los saldos pendientes por pagar a cargo del(de los) Deudor(es), con los dineros que éste tenga bajo cualquier título en el Banco y que sean exigibles. QUINTO. El(los) Deudor(es) autoriza(n) irrevocablemente al Banco obtener de cualquier fuente y reportar a cualquier banco de datos, las informaciones y referencias relativas a los datos personales del(de los) Deudor(es) y el avalista, su comportamiento de crédito, hábitos de pago, manejo de cuentas bancarias y en general, al cumplimiento de sus obligaciones pecuniarias. SEXTO. En el evento en que en desarrollo de esta autorización para diligenciar el pagaré en blanco se cometieren errores involuntarios en su diligenciamiento, o luego de diligenciado se normalice la obligación, El Banco o quien haga sus veces, queda expresamente facultado para aclarar, enmendar y/o corregir los errores, o para sustituir la hoja correspondiente, de manera tal que el mismo responda a las exigencias legales y del negocio. SÉPTIMO. Manifiesto(amos) conocer y entender las obligaciones derivadas del presente documento, de la carta de instrucciones en él contenida y del correspondiente pagaré.

Nombre del Deudor

Armando Martinez Parra

Número de Identificación 8704934

Dirección H2B casa 8 Tolima grande

Ciudad Ibagué

Teléfono 3003271812

Fecha de Firma 2017 06 08

Firma

Nombre del Avalista

Número de Identificación

Dirección

Ciudad

Teléfono

Fecha de Firma

Firma

Nombre del Deudor

Número de Identificación

Dirección

Ciudad

Teléfono

Fecha de Firma

Firma

Huella

Huella

Huella

