

AVISO DE DESEMBOLSO

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA 30/09/20

OFICINA: PRINCIPAL IBAGUE

CLIENTE: ARMANDO MARTINEZ PARRA

CUENTA NUMERO: 964737

DIRECCION: CR 9 NO 10 66

DATOS DE LA OPERACIÓN

NOMBRE CONVENIO	CASUR RETIRADOS		
MODULO:	CARTERA CONVENIOS	FECHA DESEMBOLSO:	30/09/20
No. OPERACIÓN:	106479504 / 100	TASA INTERES NOMINAL/ANUAL MES VENCIDO:	9.840000
TIPO DE OPERACIÓN:	CONVENIOS DE CREDITO	TASA INTERES EFECTIVA ANUAL:	10.296141
VALOR CREDITO:	COP	3,677,350.76	SPREAD: 0.000000
OTROS CONCEPTOS:	COP	174,660.76	
VALOR NETO:	COP	3,502,690.00	

DETALLE OTROS CONCEPTOS

No	CONCEPTO		MONTO
1	Comisión Estudio de Crédito	COP	95,000.00
2	IVA Comisión Estudio Crédito	COP	18,050.00
3	Comisión Desembolso Ch. Geren.	COP	40,000.00
4	IVA Cheque Gerencia	COP	7,600.00
5	G.M.F.	COP	14,010.76

FORMA DE DESEMBOLSO

No	FORMA		MONTO	REFERENCIA / BENEFICIARIO
1	Puente Cheques de Gerencia Convenios	COP	3,502,690.00	CREDIFINANCIERA-

INSTRUCCIONES DE DESEMBOLSO

Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. para que abonen en la forma descrita a continuación el valor correspondiente al crédito otorgado

Obligaciones a Refinanciar del Banco GNB Sudameris

Número de Obligación	Valor
106224860	

Compras de Cartera que Operan por Nómina

Entidad	Valor Cuota	No. Obligación	Valor Total
Crédito Financiera	61.335	00000030000087453	2'502.690

Compras de Cartera que no Operan por Nómina/Tarjeta de Crédito / Crédito de Consumo

Entidad	Número de Obligación	Valor

Detalles de Recursos Propios

- ☒ Desembolso en Oficina del Banco GNB Sudameris
☐ Transferencia Electrónica en Cuenta Otra Entidad Financiera

Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☐ Ahorros No. _____ Banco _____

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

Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. para que abone en la forma descrita anteriormente el valor correspondiente al crédito otorgado.

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.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO Y DESEMBOLSO

Fecha 2020 08 06 Ciudad Ibagué
Año Mes Día

Convenio

CASUY

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)	Tasa EA	Valor Cuota Mensual	Valor Total Financiación
	\$		%	\$	\$

Mes del Primer Descuento

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, 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 encuentra 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.

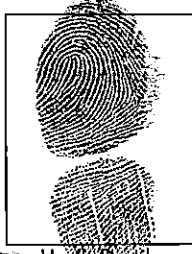
De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 1527 del 2012, la presente autorización de descuento faculta al Banco para solicitar no sólo a la Entidad Pagadora, sino a cualquier otra que en el futuro adquiera dicha calidad, el giro correspondiente de los recursos a que tiene derecho el Banco GNB Sudameris para la debida atención de las obligaciones adquiridas bajo la modalidad de Libranza o descuento directo. Con la firma del presente documento autorizo de manera expresa al Banco GNB Sudameris para realizar el desembolso del crédito con las condiciones que indico al respaldo del presente documento y me comprometo a informar oportunamente al Banco cualquier cambio en las citadas instrucciones de desembolso.

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 puede hacerse efectivo al Deudor Principal, como Codeudor o Avalista autorizo expresa e irrevocablemente a la entidad para que 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 esta 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 dé 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 manuscrita]



Firma Deudor

Huella Dactilar

Nombres Armando

Apellidos Martínez Parra

Número de Identificación 8.704.934

Firma Codeudor / Avalista

Nombres

Apellidos

Número de Identificación

Huella Dactilar

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.

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(nes) 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.

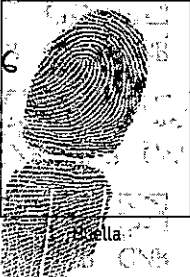
El presente pagaré se firma a continuación por el(los) deudor(es) solidario(s) y/o avalista(s) en constancia de aceptación de la totalidad de su contenido:

Nombre del Deudor
Armando Martínez Parra
Número de Identificación
9.704.934
Dirección
Carrera 9 Número 10-66
Ciudad
Ibagué
Teléfono
3003271812

Fecha de Firma
20 / 08 / 06
Firma
[Firma]

Nombre del Avalista
Número de Identificación
Dirección
Ciudad
Teléfono

Fecha de Firma
Año Mes Día
Firma



Nombre del Deudor
Número de Identificación
Dirección
Ciudad
Teléfono

Fecha de Firma
Año Mes Día
Firma

Nombre del Avalista
Número de Identificación
Dirección
Ciudad
Teléfono

Fecha de Firma
Año Mes Día
Firma



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) por verificar el Banco que 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 sufiere(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(mos) 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, quedará 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. SEPTIMO. 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 Paila

Número de Identificación 8.704.934

Dirección Carrera 9 Número 10-66

Ciudad Bogotá

Teléfono 3003271812

Fecha de Firma 2020 08 06

Firma

Nombre del Avalista

Número de Identificación

Dirección

Ciudad

Teléfono

Fecha de Firma

Año Mes Día

Firma

Nombre del Deudor

Número de Identificación

Dirección

Ciudad

Teléfono

Fecha de Firma

Año Mes Día

Firma



SOLICITUD DE LIBRANZA LIBRE INVERSIÓN

BANCO GNB
SUDAMERIS
NIT.860.050.750-1

Fecha 2020 08 06 No. SOLICITUD lib-20-204355
☒ Deudor ☐ Codeudor ☐ Avalista Monto Solicitado \$ 60'683.825 Plazo (Meses) 132 Tasa EA 10.30.1.
 Monto Solicitado Compra Cartera \$ 2673.350.76 Plazo Compra Cartera (Meses) 132 Tasa Compra Cartera EA 10.30.1.

Datos Generales

Primer Apellido Martinez Segundo Apellido Pardo Primer Nombre Armando Segundo Nombre N/A
 Doc. de Identidad ☒ CC ☐ CE 8.704.934 Ciudad de Nacimiento Barraquillo Fecha de Nacimiento 1959 11 21 Nacionalidad Colombiano
 Teléfono N/A Celular 3003271812 Correo Electrónico N/A
 Dirección de Residencia Carrera 9 número 10-66 Barrio Centes Ciudad/Departamento Ibagué Tolima

Actividad Laboral

Ocupación u Oficio ☐ Empleado ☒ Pensionado / Jubilado ☐ Ama de Casa
 Tipo de Contrato ☐ Carrera Administrativa ☐ Empleado Oficial ☐ Libre Nombramiento y Remoción ☐ Provisional ☐ Propiedad ☐ Terminó Indefinido
☐ Término Fijo Cantidad Renovaciones N/A

Nombre de la Empresa donde Trabaja N/A Cargo N/A Teléfono Trabajo N/A
 Ciudad Trabajo N/A Dirección Trabajo N/A

Información Financiera

Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Sueldo	\$ <u>1'764.740</u>	Deducciones por Nómina	\$ <u>100.000</u>
Otros Ingresos (**)	\$ <u>0</u>	Otros Egresos (**)	\$ <u>0</u>
Total Ingresos	\$ <u>1'764.740</u>	Total Egresos	\$ <u>100.000</u>
(**) Detalle	<u>N/A</u>	(**) Detalle	<u>N/A</u>

Total Activos \$ 60'000.000
 Total Pasivos \$ 0

Verificar Información de ingresos y egresos, con base en el certificado laboral y/o soporte de ingresos, adjunto.

Referencias (Personas que no vivan con usted)

Familiar
 Nombres y Apellidos Juan Jose buendia furra Parentesco Primo Ciudad/Departamento Ibagué Tolima
 Dirección Mantona i caso 26 barrio la ceiba Norte Teléfonos 311 419 0513

Espacio Exclusivo Para la Fuerza de Ventas - Banco GNB Sudameris

El Cliente es:

- Persona o Familiar de una Persona Políticamente Expuesta? ☐ Si ☒ No
- Persona o Familiar de una Persona que goza de reconocimiento público? ☐ Si ☒ No
- Persona o Familiar de una Persona que es representante legal de una organización internacional? ☐ Si ☒ No
- PEP ☐ Si ☒ No En caso afirmativo seleccione ☐ Directo ☐ Indirecto
- Es exintegrante de las FARC reincorporado a la vida civil ☐ Si ☒ No
- Residente ☒ Si ☐ No

Es Responsable Fiscal en el Extranjero? ☐ Si ☒ No En caso Afirmativo indique País N/A No. Documento (TIN) N/A
 País N/A No. Documento (TIN) N/A

De acuerdo con la información suministrada por el Cliente, el análisis de la misma y el resultado de la entrevista realizada, certifico que cumple con el perfil establecido por el SARLAFT de la Entidad. De igual forma he cumplido con las políticas y procedimientos establecidos para la vinculación y conocimiento del Cliente.

Lugar o Sitio de Entrevista - Conocimiento del Cliente. Oficina Hora 2:00pm Fecha de Entrevista 2020 08 06 Se verificó la información? ☒ Si ☐ No

Firma Vendedor AC Nombre Vendedor Angelica castro Nombre Fuerza de Ventas gnb-crivas

Operaciones Internacionales

Su Actividad Implica Transacciones en Moneda Extranjera? Si ☐ No ☒

Tipo de Transacción

Ciudad y País

Banco

No. Cuenta Corriente en Moneda Extranjera

Declaración de Origen de Fondos y Autorizaciones

El abajo firmante, obrando en nombre propio y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, veraz y verificable realiza la siguiente declaración de origen de bienes y/o fondos al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos bancarios:

- a) El origen de los dineros que deposito en mi cuenta y demás operaciones que tramito a través del Banco, proceden de giro ordinario de actividades lícitas.
- b) No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano en cualquier otra norma que lo modifique o adicione.
- c) Declaro que el origen de mis recursos provienen de: pensión
- d) Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales para saldar cuentas y depósitos de cualquier tipo, que mantenga en dichas instituciones y para declarar de plazo vencido las obligaciones a mi cargo, en caso de infracción de cualquiera de los números contenidos en este documento, eximiendo a dichas entidades de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o la violación de los compromisos aquí adquiridos.

La información contenida en este documento no constituye aprobación del crédito y puede variar atendiendo las políticas y condiciones de esta entidad. Las comisiones y recargos que apliquen, son publicados en el Sitio Web del Banco. El deudor tendrá la información sobre la calificación y clasificación de riesgo asignada y a los demás derechos establecidos por la Ley. En caso de incumplimiento del deudor, el Banco queda expresamente autorizado para aplicar la cláusula aceleratoria de plazo en los términos del pagaré, haciendo exigible toda y cada una de las obligaciones a su favor, aún cuando el plazo pactado en las mismas no hubiere vencido y podrá aplicar la máxima tasa de interés moratoria permitida legalmente. El Cliente manifiesta en forma expresa con la firma del presente documento que conoce la facultad que por ley tiene de efectuar pagos anticipados en forma total o parcial sin lugar a cobro, por parte del Banco de sanción alguna, con excepción de las obligaciones contratadas que individualmente o en forma conjunta superen los ochocientos ochenta (880) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, caso en el cual y en el evento en que el Cliente decida realizar un prepago parcial, el Banco podrá aceptarlo quedando facultado para exigir el pago de una suma hasta un valor equivalente a los intereses del plazo faltante para la cancelación total del crédito. El Cliente se manifiesta a su vez conocer la facultad legal que le asiste el caso de pagos parciales consistente en decidir si los abona a capital con disminución de plazo o capital con disminución del valor de la cuota de la obligación. La facultad del Banco de cobrar sanción por prepago se entenderá para todos los efectos en el marco de Ley 1555 de 2012 o cualquier norma que la derogue o modifique. Manifiesto conocer y aceptar la información del Crédito de Libranza contenida en el Reglamento Para la Utilización del Producto Financiero de Libranza, Guía del Consumidor Financiero - Credilibranzas Banco GNB Sudameris, las tarifas vigentes y el Valor Total Unificado, los cuales han sido puestos a disposición por parte del Banco GNB Sudameris S.A. a través de sus diferentes canales de atención.

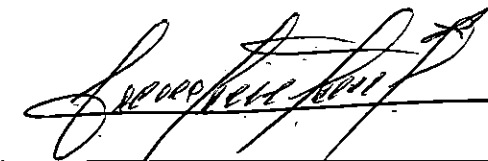
1. Consulta y Reporte en Centrales de Información Financiera.

Autorizo expresa e irrevocablemente, con carácter permanente al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales o quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor de acuerdo con los convenios existentes para que con fines estadísticos de información comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros y de operaciones activas de crédito, reporte, procese, solicite, consulte y divulgue a las Centrales de Información Financiera o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, todo lo relativo al nacimiento, modificación y extinción de obligaciones que directa o indirectamente tenga contraídas o vigentes hasta la total extinción de las obligaciones a mi cargo por cualquier medio legal y después de ello durante el plazo máximo que para el efecto autoricen la ley o la jurisprudencia. Así mismo, autorizo irrevocablemente al Banco GNB Sudameris S.A. y/o a cualquiera de sus Filiales, para que debite de cualquier depósito que tenga en Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, los valores correspondientes a las consultas realizadas ante las Centrales de Información Financiera. La presente autorización se extiende a favor de aquellas entidades que otorguen garantías para respaldar obligaciones adquiridas por mí con el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales.

2. Suministro de Información.

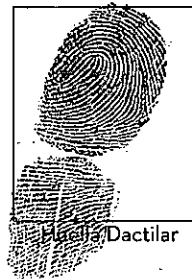
La información general aquí contenida la suministro para efectos de mi vinculación, contratación de productos con el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales. Autorizo la remisión de la información y/o documentación a las entidades del Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales a las que sucesivamente me vincule.

En constancia de haber leído y aceptado el presente documento y de haber sido capacitado sobre el producto Crédito de Libranza, firma;



No. Documento de Identidad

8.704.934



Firma Deudor/ Codeudor/ Avalista

Documentación Suministrada por el Cliente

Nombre del Documento	Entrega	Cantidad	Nombre del Documento (Otros documentos)	Entrega	Cantidad
Fotocopia del Documento de Identidad	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Desprendible de Nómina	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Certificado Laboral	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Certificado de Saldos	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Formato Solicitud de Libranza Libre Inversión	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Formato Seguro de Vida	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Formato Autorización y Descuento de Desembolso	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Pagaré	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Nota: Ver datos complementarios en la documentación anexa por el cliente, así:

Datos complementarios	Nombre del documento soporte
Lugar y fecha de expedición del documento de identidad y lugar de nacimiento.	Fotocopia del Documento de Identidad
Convenio, ciudad y oficina.	Formato Autorización y Descuento de Desembolso

**SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE SOLICITUD DÍA: 06 MES: 08 AÑO: 2020	NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002
--	---	---

DATOS DEL TOMADOR	
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1	RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO				
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 8704934	PRIMER APELLIDO Martinez	SEGUNDO APELLIDO Paisa	PRIMER NOMBRE Armando	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 9 numero 10-66 Centro	TELÉFONO FIJO / CELULAR 300 327 18 12	CIUDAD / MUNICIPIO Ibagué	DEPARTAMENTO Tolima	
CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ibagué 21/11/1959	DÍA 21	MES 11	AÑO 1959
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa	EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input checked="" type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución	GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PESO 75	ESTATURA 1.65

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					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO
Cancer		<input checked="" type="checkbox"/>	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		<input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia renal		<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>
Accidente cerebro vascular		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades mentales		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)					
¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)					

¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO

Si su respuesta es "SI", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima anterior

En caso de "No", indique: ☐ Cláusula hipertensión (Hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) ☐ No declara ninguna enfermedad

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	
<p>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 1286 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.</p> <p>Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:</p> <p>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, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.</p> <p>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 el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.</p> <p>c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.</p> <p>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.</p>	

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA	
<p>Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:</p> <p>1. No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.</p> <p>2. No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.</p> <p>3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.</p> <p>4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo 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 06 días del mes de 08 del año 2020 en la ciudad de Ibagué</p>	

<p>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA</p> <p>Firma Autorizada</p>	<p>FIRMA SOLICITANTE</p> <p>C.C. 8704934</p>	<p>HUELLA DEDILAR</p> <p>902 086 207-1</p>
--	---	--

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

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.

-En los casos en que el titular de la deuda sea rechazado y el codeudor sea quien realice el trámite del seguro, en caso de ser aceptado, este último será quien ostente la calidad de asegurado y quien tendrá las coberturas del seguro.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

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

En caso de reclamación o inquietud, comuníquese totalmente gratis desde cualquier ciudad del país a la Línea 018000 512021, en Bogotá al 291 6868 o desde cualquier celular al #789, las 24 horas del día, los 365 días del año