

INFORMACIÓN PREVIA AL OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS DE LIBRANZA

Ciudad Medellin Fecha 2015 | 09 | 15  
Año Mes Día  
 Nombre Completo Hector de Jesus Paniagua Muñoz Tipo de Identificación  CC  CE No. 71673901  
 Convenio Seduca  
 Monto Solicitado \$ 43 700 000 Plazo (meses) 96 Tasa Fija 14,70 E.A.

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 entregados al Cliente junto con este formato y publicados en el sitio web del Banco. El deudor tendrá acceso a 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 plazos en los términos del pagaré, haciendo exigible todas y cada una de las obligaciones a su favor, aun 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 contraídas 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 total o 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 manifiesta a su vez conocer la facultad legal que le asiste en 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 la ley 1555 de 2012 o cualquier norma que la derogue o modifique.

En constancia de aceptación y entendimiento de la información aquí consignada, el Cliente firma de conformidad.

Héctor  
 Firma Cliente  
 Nombre Hector de Jesus Paniagua Muñoz  
 Número de Identificación 71673901  
 Teléfono 311 762 28 88



Huella Dactilar  
 — BANCO —

Nathaly  
 Firma Asesor  
 Nombre Nathaly Aguirre Arica  
 Usuario naguirre  
 Fuerza de Ventas Asif

SOLICITUD DE LIBRANZA LIBRE INVERSIÓN

1136069



Fecha de Presentación 2015 09 15  
Año Mes Día

Convenio seduca Ciudad medellin Oficina Vicente Uribe

Deudor  Codeudor  Avalista Monto Solicitado 43 700 000 Plazo (meses) 96  
1382160

Datos Generales

Primer Apellido Paniagua Segundo Apellido Muñoz Primer Nombre Hector Segundo Nombre de Jesus  
Documento de Identidad CC  CE  Número de Documento 71 673 901 Lugar Expedición - Ciudad medellin Fecha Expedición 1984 8 30  
Año Mes Día  
Fecha de Nacimiento 1966 8 23 Ciudad de Nacimiento medellin País colombia Nacionalidad colombiano Residente  Si  No  
Año Mes Día  
Sexo  F  M Estado Civil  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Unión Libre  Divorciado  
Dirección Residencia calle 52 sur # 67-90 Barrio Barichara Ciudad/Departamento San Antonio Prado - ANT  
Teléfono NA Celular 311 762 28 88 Correo Electrónico NA

Estudios y Actividad Laboral

Estudios Realizados  Primaria/Bachiller  Tecnólogo  Universitario  Postgrado Profesión Licenciado en lenguas  
Ocupación u Oficio  Empleado  Pensionado/Jubilado Desde NA NA NA  
Año Mes Día  
Usted Maneja Recursos Públicos? Por qué Concepto?  Si  No NA  
Si es Persona Independiente o Empleado Socio, Detalle la Actividad Código CIU NA

Nombre de la Empresa Donde Trabaja seduca Cargo Docente de aula Fecha de Vinculación 1998 10 14  
Dirección Lugar de Trabajo C11 42 B - 52-186 Ciudad de Trabajo medellin Departamento Antioquia Teléfono/Fax Lugar de Trabajo 3818413

Información Financiera

<b>Ingresos Mensuales</b>	<b>Egresos Mensuales</b>	
Sueldo \$ 1 757 106	Préstamos /Dcto. Nómina \$ 0	Total Activos \$ 50.000.000
Otros Ingresos (**) \$ 0	Otros Egresos (**) \$ 0	Total Pasivos \$ 37.127.000
Total Ingresos \$ 1 757 106	Total Egresos \$ 33.480	
(**) Detalle NA	(**) Detalle NA	

Referencias (personas que no vivan con usted)

**Familiar**  
Nombres y Apellidos Nestor de Jesus Paniagua Parentesco Hermano Ciudad/Departamento medellin - Antioquia  
Dirección cra 35c # 90-17 Teléfonos 321 537 14 23

**Personal**  
Nombres y Apellidos Maricel Perez Ciudad/Departamento copacabana - Antioquia  
Dirección calle 18 # 24-02 Teléfonos 310 396 81 64

Operaciones Internacionales

Su Actividad Implica Transacciones en Moneda Extranjera  Si  No Tipo de Transacción NA Banco NA  
No. Cuenta Corriente en Moneda Extranjera NA Ciudad NA País NA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.673.901**

**PANIAGUA MUÑOZ**  
 APELLIDOS

**HECTOR DE JESUS**  
 NOMBRES

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1966**

**MEDELLIN**  
 (ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**  
 ESTATURA

**O-**  
 G.S. RH

**M**  
 SEXO

**30-AGO-1984 MEDELLIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0121800-00676855-M-0071673901-20150306 0043510354A 3 2583278663

*Diana Hoyos*  
 FIRMAS

*Hector*



**AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA Y OTROS MEDIOS**

**BANCO GNB SUDAMERIS**  
NIT 860.050.750-1

Ciudad San Antonio de Prado Fecha 2015 09 15 Año Mes Día  
 Convenio Seduca

BANCO  
DESEMBOLSOS  
PEDRO HERNAN MARTINEZ P.  
VERIFICADO

**Datos Generales**

Nombre Completo Hector de Jesus Paniagua Munoz Tipo de Identificación  CC  CE No. 71673901

**Desembolso del Crédito**

Cheque de Gerencia a Nombre Propio  Transferencia Electrónica  Prepago Crédito Banco GNB Sudameris

Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros No. \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

En caso que se requiera, autorizo se me descuenta del crédito el valor de la primera cuota  Si  No

En el caso que la cuenta descrita anteriormente no sea válida, autorizo la expedición de Cheque de Gerencia en una Oficina del Banco GNB Sudameris.

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

Entidad	No. Obligación / Tarjeta	Valor
<u>Banco Popular</u>	<u>015755</u>	<u>36.356.000</u>

**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 mí designada en este documento, la cual también 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 expedición de Cheque de Gerencia.

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.

Héctor   
 Firma Deudor  
 No. de Identificación 71673901

\_\_\_\_\_  
 Firma Codeudor  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 No. de Identificación \_\_\_\_\_



**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO**  
**Solicitud Individual de Seguro**

**Modalidad Grupo Deudores - Convenios Institucionales**

Póliza No.	Fecha de Solicitud		
	Año	Mes	Día
91200915	20	15	09/15

**TOMADOR DEL SEGURO Y BENEFICIARIO ONEROSO DEL SEGURO**

Razón Social <b>Banco GNB Sudameris</b>	Identificación <b>Nit. 860.050.750-1</b>	Porcentaje <b>100 %</b>
--	---	----------------------------

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos <b>Hector de Jesus Paniagua Muñoz</b>		No. de Identificación <b>71 673 901</b>	Fecha de Nacimiento <b>23/08/1966</b>	Edad <b>49</b>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ocupación / Actividad u Oficio (no utilice términos genéricos como Empleado, Comerciante, etc.) <b>Docente</b>		En caso de ser Pensionado, marque el tipo <input type="checkbox"/> Pensionado por edad <input type="checkbox"/> Pensionado por invalidez <input type="checkbox"/> Pensionado por sustitución			
Nombre de la Empresa <b>seduca</b>	Deportes que practica <b>caminar</b>	Dirección residencia <b>calle 52 sur # 67-90</b>			
Ciudad <b>San Antonio de Prado</b>	No. Celular <b>3.11 762 2888</b>	Correo Electrónico	Valor Inicial del Crédito <b>\$ 43.700.000</b>		

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

Nombres y Apellidos	Identificación No.	Parentesco	Edad	Porcentaje
<b>Nestor de Jesus Paniagua</b>	<b>71 318 216</b>	<b>Hermano</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

**AMPAROS DEL SEGURO SOLICITADO**

Amparo Básico de Muerte	Amparo de Renta de Libre Destinación por Muerte o Incapacidad Total y Permanente
Amparo de Incapacidad Total y Permanente	Auxilio para gastos de rehabilitación por Incapacidad Total y Permanente
Amparo de Auxilio Funerario	

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado correspondiente al Amparo Básico de Muerte (Ver textos DEFINICIÓN DE COBERTURAS en el Documento Informativo de las principales Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, al respaldo de este documento). En caso de riesgos substándar 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 Liberty.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Le han diagnosticado o ha sido tratado médicamente por alguna de las siguientes enfermedades o patologías? En caso afirmativo, por favor suministre detalles en el recuadro observaciones.

Enfermedad / Patología	SI	NO	Enfermedad / Patología	SI	NO	Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en los cuadros anteriores? En caso afirmativo, por favor indique: Enfermedad, fecha, tratamiento y estado actual:	SI	NO
Cáncer / Tumores		NO	Enfermedades de las Arterias Coronarias		NO			
Sida		NO	Infarto al Miocardio		NO			NO
Accidente Cerebro Vascular		NO	Hipertensión Arterial		NO			
Insuficiencia Renal		NO	Diabetes		NO			
Solo para mujeres: Está embarazada actualmente?			En caso afirmativo: Es Primigestante?			Tiene alguna limitación Física o Mental, ya sea congénita o adquirida? En caso afirmativo, por favor especifique:		NO
<b>OBSERVACIONES</b> Ampliación de la(s) Respuesta(s) Afirmativa(s) (Favor indicar enfermedad, fecha, tratamiento, entre otros)						Es Usted Pensionado por Sanidad? En caso afirmativo por favor indique el motivo		NO

**DECLARACIONES, CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE**

**POR FAVOR ABSTÉNGASE DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SI ESTAS DECLARACIONES NO CORRESPONDEN A LA REALIDAD**

**Declaraciones:** 1) No consumo bebidas alcohólicas en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas. 2) No he sido rechazado o aplazado por LIBERTY SEGUROS S.A. o LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. o por otra Compañía al presentar una solicitud de Seguro de Vida, Salud o Accidentes Personales. 3) Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano. 4) Estoy desarrollando en forma normal mis actividades y no he recibido amenazas en contra de mi vida e integridad. 5) Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, forma 20/12/2013-1333-P-34-VGV-08, que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora. 6) Certifico que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas, y por tanto, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada se sancionará de acuerdo con lo previsto en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. 7) Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la Aseguradora no implica aprobación del contrato de seguro que se solicita; para ello es indispensable la aceptación que la Aseguradora haga del mismo de manera expresa.

**Autorización de Consulta y Reporte a Centrales de Información:** Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

**Autorización Habeas Data:** Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A Nit. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, Nit. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, o derivada del contrato de seguros que se celebre, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) Para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi intermediario(s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) A los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) A FASECOLDA E INVERFAS. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencioncliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

**Autorización de Historia Clínica:** De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A. , a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.

**Cláusula de Solicitud de Revocación por Inclusión en Listas Restrictivas:** Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando, en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la Aseguradora.

**ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD**

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento en la ciudad de San Antonio Prado a los 15 días del mes de septiembre de 2015

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**LIBERTY SEGUROS S.A.**  
Firma Autorizada

**SOLICITANTE**  
C.C No. 71 673 901



**LIBRANZA O AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A FAVOR DEL BANCO GNB SUDAMERIS**

HOIR compra de CARTERA N. Agirre 23/9/15  
 CLAVE: illdm



Fecha 2011 09 23  
 Año Mes Día  
 Convenio Seducu

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
	\$ <u>43'700.000</u>	<u>76</u>	\$ <u>807.127</u>	\$ _____

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**

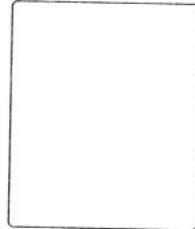
Según las condiciones establecidas entre la Entidad Pagadora y el Banco GNB Sudameris y en la medida que esto sea aplicable, en caso que por cualquier circunstancia el descuento no pueda hacerse efectivo al Deudor Principal, como Codeudor o Avalista autorizo expresa e irrevocablemente a la entidad para 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.

Héctor



Huella Dactilar



Huella Dactilar

Firma Deudor  
 Nombres Hector de Jesus  
 Apellidos Paniagua Muñoz  
 Número de Identificación 71673 901  
 Teléfono 311 762 2888 Ciudad San Antonio Prado

Firma Codeudor / Avalista  
 Nombres \_\_\_\_\_  
 Apellidos \_\_\_\_\_  
 Número de Identificación \_\_\_\_\_  
 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.

Hector de Jesus

Firma y Sello de la Entidad Pagadora

Nombre Completo