	CARTA DE INSTRUCCIÓN DE CREDITO		Código: F-CS-11
			Fecha: 17-09-2024
	PROCESO CREDITO SOCIAL		Versión: 04
			Página 1 de 1
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ	
Profesional Senior 3 de Crédito Social	Analista y/o Profesional Senior 5	Comité de Calidad	

_____ Ciudad y fecha (D/M/A)

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE
Ciudad

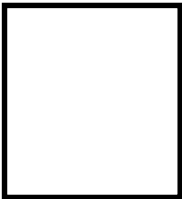
Apreciados Señores,

El(los) abajo firmante(s), mayor(es) de edad, identificado(s) y obrando como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s), me(nos) permito (imos) manifestar que autorizo(amos) en forma irrevocable a LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE, identificada con NIT 892.200.015-5, o a quien en el futuro detente la calidad de ACREEDOR del crédito que apruebe LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE en virtud de la solicitud de crédito que para su correspondiente análisis he(mos) presentado, para llenar el pagaré a la orden con espacios en blanco que he(mos) suscrito a favor de LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE, de acuerdo con las siguientes instrucciones: 1. El pagaré podrá ser diligenciado por LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE a partir del momento en que sea desembolsado el crédito otorgado a mi(nuestro) favor. 2. El número del pagaré corresponderá al que le sea asignado por LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE, de acuerdo con su numeración interna. 3. LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE diligenciará el espacio correspondiente al valor del crédito con la suma de dinero que efectivamente adeude al momento de diligenciar el pagaré, la cual consta en sus balances. 4. La tasa de interés remuneratoria se expresará en términos efectivos anuales y será aquella que fije LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE de acuerdo con su política interna de crédito al momento de realizarse el desembolso de la suma de dinero. 5. El lugar para el pago del crédito corresponde a la ciudad donde se haya presentado la solicitud de crédito. 6. El plazo de pago será el establecido por LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE en documento de solicitud de crédito de libranza suscrito por mí (nosotros). 7. La fecha de pago de la primera cuota mensual será el mismo día del mes inmediatamente siguiente a aquél en que LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE haga el desembolso del crédito. No obstante lo anterior, el día también podrá ser el que corresponda a la fecha de pago establecida en el CONVENIO OPERATIVO DE LIBRANZA suscrito entre EL LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE y la EMPRESA pagadora. Que el Pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo, y puede LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE, o quien en el futuro detente la calidad de ACREEDOR exigir su pago por vía judicial, sin perjuicio de las demás acciones legales que se puedan tener. Las presentes instrucciones las imparto (imos) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2º del Código de Comercio para todos los efectos allí previstos. Dejo constancia que recibí la carta de instrucciones, de acuerdo a lo ordenado por la Superintendencia Bancaria. Para constancia de lo anterior firmo (amos).

NOMBRE DEUDOR: _____
C.C. o NIT. DEUDOR: _____
CIUDAD: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____

FIRMA

HUELLA



NOMBRE DEUDOR SOLIDARIO: _____
C.C. o NIT. DEUDOR SOLIDARIO: _____
CIUDAD: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____

FIRMA

HUELLA

