

Fecha: ___/___/_____

N°. _____

Yo, _____ mayor de edad y domiciliado, en la ciudad de _____ identificado con el número de cédula de ciudadanía que aparece al pie de nuestras firmas, por el presente **PAGARÉ** hago constar que debo a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA, NIT: 892115006-5**, la suma de: \$ _____ pesos moneda corriente, que de ella he recibido a título mutuo con intereses, obligando solidariamente a pagar esta misma suma de dinero junto con los respectivos intereses a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA**, en las oficinas de la ciudad de **RIOHACHA** o a su orden mediante el pago de _____ cuotas () iguales, cada una por valor de _____ (\$ _____) que incluye capital e intereses, hasta completar la suma de _____ (\$ _____). La primera cuota será exigible el día _____ () de _____ de 20(____), la segunda el día _____ () de _____ de 20() y así sucesivamente el día _____ () de cada uno de los siguientes meses. Durante el plazo reconocemos intereses sobre los saldos de capital a las tasas del ____ por ciento (%) anual mes vencido y que junto con el valor del seguro de vida están incluidos en cada uno de las cuotas pactadas. En caso de mora en cualquiera de las cuotas pagaremos intereses a la tasa máxima legal autorizada sin perjuicio de que por el solo hecho de la mora en cancelación de una de las cuotas se extinga automáticamente el plazo concedido para el pago total de la obligación y pueda la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA** o cualquier otro tenedor legítimo de este pagaré, demandar judicial o extrajudicialmente el pago de la totalidad del saldo insoluto de la deuda, de los intereses moratorios y de los gastos de cobranza, incluyendo honorarios de abogado. En el evento que por disposición o reglamento del Consejo Directivo de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA** se autorice a cobrar intereses ordinarios superiores a lo previsto en este pagaré, la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA** los reajustará automáticamente, y desde ahora me obliga a pagar la diferencia que resulte a nuestro cargo por dicho concepto, de acuerdo con las nuevas disposiciones. Este crédito se nos concedió dado que el (la) señor(a) _____, está vinculado(a) laboralmente a la empresa _____ NIT. _____ afiliada a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA**. Si durante el plazo concedido por la cancelación **TOTAL** del saldo de la deuda, la empresa o el empleado solicitante del crédito se desafilia de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA**, me comprometo mediante mi firma en el presente pagaré a la cancelación **TOTAL** del saldo de la deuda que se liquidará a la fecha de realizarse la desafiliación, calculada a la tasa que para estos casos tenga establecido la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA**. Asimismo, los gastos originados por concepto de impuesto y gravámenes que afecte la obligación y/o modifiquen su cuantía, correrá a cargo del obligado.



Para la constancia que se firme en Riohacha, a los _____ () días del mes de _____ de _____

DEUDOR:

C.C N°

Huella