



PROGRAMA SUPERÉ

Garantía de cumplimiento — Decreto 20260000651 de 2026 (arts. 23.8 y 40)

PAGARÉ N.º _____

Cuantía: \$ _____ **Ciudad:** Envigado, Antioquia **Fecha:** ____ / ____ / 20____

PRIMERA — OBJETO Y OBLIGACIÓN. Yo, _____, mayor de edad, identificado(a) con C.C. N.º _____, obrando en mi calidad de DEUDOR(A) y beneficiario(a) del Programa SUPERÉ, me obligo a pagar de manera incondicional, solidaria e irrevocable a la orden del MUNICIPIO DE ENVIGADO (NIT 890.907.541-9), o a quien represente sus derechos, la suma de _____ pesos (\$ _____) M/CTE. Renunciamos expresamente a cualquier requerimiento privado o judicial para ser constituidos en mora, así como a la presentación para el pago.

SEGUNDA — CAUSA. La presente obligación tiene como causa el reintegro de los recursos efectivamente girados por el Municipio de Envigado en mi favor por concepto de matrícula y/o manutención del Programa SUPERÉ, en caso de retiro voluntario o abandono injustificado del programa académico, conforme a los artículos 36 a 40 del Decreto 20260000651 de 2026.

TERCERA — EXIGIBILIDAD. Este pagaré solo podrá hacerse efectivo cuando exista decisión administrativa en firme que ordene el reembolso, expedida con sujeción al debido proceso. El valor a cobrar se limitará a los recursos efectivamente entregados, sin sanción ni intereses punitivos.

CUARTA — INTERESES. En caso de mora en el pago una vez en firme la obligación, se causarán intereses a la tasa máxima legal permitida.

QUINTA — LUGAR DE PAGO. El pago se efectuará en el municipio de Envigado, en las cuentas que indique el Municipio.

SEXTA — CLÁUSULA ACELERATORIA Y MÉRITO EJECUTIVO. El Municipio podrá declarar vencido el plazo y exigir el saldo total. Este título presta mérito ejecutivo.

SÉPTIMA — ESPACIOS EN BLANCO. Autorizo expresamente al Municipio de Envigado para llenar los espacios en blanco de este pagaré conforme a la carta de instrucciones suscrita en la misma fecha (art. 622 del Código de Comercio).

DEUDOR — BENEFICIARIO (mayor de edad)

Firma
Nombre: _____
C.C. N.º: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____



Alcaldía de Envigado
Secretaría de Educación

CODEUDOR (con carta laboral)

Firma

Nombre: _____

C.C. N.º: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____



Carta de Instrucciones del Pagaré

Envigado, ____ de _____ de 20____

Señores

MUNICIPIO DE ENVIGADO — Secretaría de Educación

Programa SUPERÉ

Por medio del presente documento, el(la) suscrito(a) DEUDOR(A) y beneficiario(a), junto con el codeudor, en relación con el pagaré N.º _____ firmado en blanco en la fecha, impartimos de manera expresa e irrevocable las siguientes INSTRUCCIONES para su diligenciamiento, conforme al artículo 622 del Código de Comercio:

1. **CUANTÍA:** el pagaré se diligenciará por un valor igual a la suma de los recursos efectivamente girados por el Municipio de Envigado por concepto de matrícula y/o manutención en favor del beneficiario, que no hayan sido reintegrados al momento de hacerse exigible la obligación.
2. **FECHA DE VENCIMIENTO:** se fijará la del día en que quede en firme el acto administrativo que ordene el reembolso de los recursos.
3. **CONDICIÓN PARA LLENARLO:** el Municipio solo podrá completar y hacer efectivo el pagaré cuando exista decisión administrativa en firme que ordene el reembolso, expedida con respeto al debido proceso (comunicación formal, mínimo 10 días hábiles para descargos, decisión motivada y recursos de ley).
4. **LÍMITE:** el valor no incluirá sanciones ni intereses punitivos; solo los recursos efectivamente entregados, más los intereses de mora legales que se causen después de quedar en firme la obligación, si hay lugar a ellos.
5. **DEMÁS ESPACIOS:** los datos de lugar, fecha de elaboración y demás espacios en blanco se llenarán conforme a la realidad y a estas instrucciones.

Declaramos que conocemos y aceptamos el contenido de estas instrucciones y del pagaré, y que recibimos copia de ambos.

DEUDOR — BENEFICIARIO (mayor de edad)

Nombre: _____ C.C. N.º: _____

CODEUDOR

Nombre: _____ C.C. N.º: _____