



**PAGARÉ CERRADO PARA CONSORCIOS O UNIONES
TEMPORALES**

Yo (nosotros) el (lo) otorgante(s) relacionado(s) identificado(s) y en mi (nuestra) calidad como figura al pie de mi (nuestras) firma(s) manifiesto(amos) PRIMERO: Que soy (somos) incondicional y solidariamente deudor(es) de la entidad denominada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA para lo cual me (nos) obligo (obligamos) a pagar incondicionalmente, solidaria e indivisiblemente, en sus oficinas de Bogotá D.C., o a quien represente sus derechos o a su orden, la suma de _____ \$ _____) MONEDA CORRIENTE COLOMBIANA cantidad que pagaré (mos) de acuerdo con lo establecido en la carta de Instrucciones anexa al presente pagaré. SEGUNDO: Que la suma en mención pagaré (mos) en dinero en efectivo y en un solo contado. TERCERO: Que en caso de mora en el pago, mientras la obligación subsista, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar pagaré (mos) al acreedor intereses moratorios calculados a la máxima tasa permitida por la ley mercantil por cada periodo de mora. CUARTO: Que serán de mi (nuestro) cargo todos los gastos e impuestos que cause este pagaré, así como los gastos que se genere por la cobranza judicial o extrajudicial, según el caso de mora. QUINTO: Que renuncio (renunciamos) expresamente a los requerimientos privados o judiciales en caso de mora. SEXTO: Que me (nos) obligo (obligamos) a notificar inmediatamente al acreedor de cualquier cambio en la dirección o teléfono abajo indicados. SEPTIMO: Que acepto (amos), cualquier endoso, cesión o traspaso que de este título valor hiciere ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, a cualquier persona natural o jurídica. Así mismo declaro (amos), excusado el protesto del pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo. Para constancia se firma el presente pagaré con espacios en blanco, para ser diligenciado conforme se indica en la carta de instrucciones adjunta, en la ciudad de _____ a los _____ () días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL: CONSORCIO PONAL LYM

OTORGANTES

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	CONSORCIO PONAL LYM
NIT DEL OTORGANTE	901635603-5
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	LUISA FERNANDA PATIÑO RAMIREZ
C.C DE QUIEN FIRMA	1061754434
DIRECCION	CL 5 N 9 37 BRR LOMA LINDA
TELEFONO	3113407052
CORREO ELECTRONICO	ingmam@hotmail.com
FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	LUISA FERNANDA PATIÑO RAMIREZ
NIT DEL OTORGANTE	1061754434
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	Luisa Fernanda Patiño Ramirez
C.C DE QUIEN FIRMA	1061754434
DIRECCION	KR 5 N 26 BN 113
TELEFONO	3113407052
CORREO ELECTRONICO	luisafar1671@hotmail.com
FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	MANUEL ANTONIO MUÑOZ LEDEZMA
NIT DEL OTORGANTE	10538292
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	Manuel Antonio Muñoz Ledezma
C.C DE QUIEN FIRMA	10538292
DIRECCION	CL 5N 9-37
TELEFONO	3155790011
CORREO ELECTRONICO	ingmam@hotmail.com
FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	JAIRO EDUARDO MUÑOZ LEDEZMA
NIT DEL OTORGANTE	10529407
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	Jairo Eduardo Muñoz Ledezma
C.C DE QUIEN FIRMA	10529407
DIRECCION	CENTRO COMERCIAL LA ESTACION
TELEFONO	8233745
CORREO ELECTRONICO	jemuele@hotmail.com

HUELLA



HUELLA



HUELLA



HUELLA



**CARTA DE INSTRUCCIONES PAGARÉ
CERRADO PARA CONSORCIOS O
UNIONES TEMPORALES**

Señores
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA
 Ciudad
 Referencia: Carta de instrucciones

Yo (nosotros) el (los) otorgantes(s) relacionado(s), identificado(s) y en mi (nuestra) calidad como figura al ple de mi (nuestra) firma(s), de conformidad con el documento que acompaña al presente pagaré manifiesto(amos) que para todos los efectos señalados en el artículo 622 del Código de Comercio, de manera Irrevocable y expresa los autorizo (autorizamos) para llenar los espacios en blanco del pagaré que acompaña a la presente carta de instrucciones y cuyo número es idéntico al arriba anotado, de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- 1.NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES:** El pagaré podrá ser diligenciado por ustedes en el evento en que yo (nosotros) resulte(mos) ser deudor(es) o codeudor(es) de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, por el no pago de primas a nuestro cargo, y por la afectación de póliza N° y sus respectivos anexos en la cual ostento(mos) condición de tomador y/o afianzado, o codeudor(es) del tomador y/o afianzado, en ejercicio del derecho de subrogación que le asiste al asegurador ante el pago de siniestros de conformidad con lo establecido en el artículo 1096 del Código de Comercio.
- 2.FECHA DE EMISION Y DE VENCIMIENTO:** La fecha de emisión del pagaré, será aquella en que se llenen los espacios dejados en blanco. La fecha de vencimiento será a la vista a partir del momento en que resulte(mos), ser deudor(es) de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, por cualquier suma de dinero.
- 3.VALOR:** El pagaré podrá ser diligenciado por ustedes hasta la concurrencia del monto de las obligaciones pendientes a mi (nuestro) carga a la fecha en que el título sea diligenciado, suma que incluirá a dicha fecha el capital, los intereses, cláusulas penales, costos y gastos, impuestos que se generen, así como los gastos de cobranza y honorarios de abogado que se lleguen a generar a cargo de la compañía de seguros. Por el monto que la compañía de seguros tenga que depositar y/o anticipar en cualquier forma al (los) asegurado(s) en las pólizas de seguro que esta emita.
- 4.INTERESES MORATORIOS:** Los intereses moratorios que genere el título serán los máximos permitidos por la ley mercantil durante cada período de mora, pagaderos sobre cada una de las sumas en mora desde el momento en que se incurra en ella.
- 5.LUGAR DE PAGO:** El lugar de pago del presente título será el que determine **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA** El pagaré diligenciado en las condiciones estipuladas en la presente carta prestará mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos ni requerimientos.

Expresamente autorizo (amos) a la compañía de seguros a enmendar los errores mecanográficos o de impresión que se produzcan al llenar los espacios en blanco del pagaré

Se firma la presente carta de Instrucciones en la ciudad de **POPAYAN**, a los **CUATRO (4)** días del mes de **OCTUBRE** del año 2022, dejando constancia de que en mi (nuestro) poder queda copia de la misma y de que los autorizo(amos) expresamente para procesar, consultar y reportar la Información relativa a las obligaciones y mi (nuestros) nombre(s) y/o el de la empresa que represento a las centrales de riesgo.

CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual 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, a adolescentes y a 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 1266 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.

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:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| 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 se a 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 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 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. | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 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. | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países, siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas que se encuentren estipuladas en el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012. | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera: 1) Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza. 2) El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos. 3) El alcance de los servicios de intermediación. 4) Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009. 5) La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS). 6) La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero. 7) La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido. 8) El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro. 9) Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

OTORGANTES:

FIRMA [Signature]
NOMBRE DEL OTORGANTE CONSORCIO FONAL LYM
NIT DEL OTORGANTE 901635603-5
NOMBRE DE QUIEN FIRMA LUISA FERNANDA PATIÑO RAMIREZ
C.C DE QUIEN FIRMA 1061754434



FIRMA [Signature]
NOMBRE DEL OTORGANTE LUISA FERNANDA PATIÑO RAMIREZ
NIT DEL OTORGANTE 1061754434
NOMBRE DE QUIEN FIRMA Luisa Fernanda Patiño Ramirez
C.C DE QUIEN FIRMA 1061754434



FIRMA [Signature]
NOMBRE DEL OTORGANTE MANUEL ANTONIO MUÑOZ LEDEZMA
NIT DEL OTORGANTE 10538292
NOMBRE DE QUIEN FIRMA Manuel Antonio Muñoz Ledezma
C.C DE QUIEN FIRMA 10538292



FIRMA [Signature]
NOMBRE DEL OTORGANTE JAIRO EDUARDO MUÑOZ LEDEZMA
NIT DEL OTORGANTE 10520407
NOMBRE DE QUIEN FIRMA JAIRO EDUARDO MUÑOZ LEDEZMA
C.C DE QUIEN FIRMA 10520407

