PAGARÉ NRO. 340P001390

PAGARÉ ABIERTO PARA PERSONA JURÍDICA

Yo (nosotros) el (lo) otorgante(s) relacionado(s) identificado(s) y en mi (nuestra) calidad como , representante(s) legal(es) tal y como figura al pie de mi (nuestras) firma(s), de conformidad con el documento que acompaña al presente pagaré 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 éste 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 hiciese **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATVA,** 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_____.

OTORGANTES

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	**BALER INGENIERIA S.A.S**
NIT DEL OTORGANTE	**900264015-8**
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	**LADY AGUIRRE ORTIZ**
C.C DE QUIEN FIRMA	**1022347445**
DIRECCION	**CRA 69 C # 19 -65 SUR**
TELEFONO	**6014204657**
CORREO ELECTRONICO	**gerencia@baleringenieria.com**

HUELLA

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	
NIT DEL OTORGANTE	
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	
C.C DE QUIEN FIRMA	
DIRECCION	
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

HUELLA

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	
NIT DEL OTORGANTE	
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	
C.C DE QUIEN FIRMA	
DIRECCION	
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

HUELLA

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	
NIT DEL OTORGANTE	
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	
C.C DE QUIEN FIRMA	
DIRECCION	
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

HUELLA

PAGARÉ NRO. 340P001390

CARTA DE INSTRUCCIONES PAGARÉ

ABIERTO PARA PERSONA JURÍDICA

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 pie de mi (nuestra) firma(s) 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 pólizas y sus anexos en cuales ostente(mos) la 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 periodo 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 a que se refiere la presente carta de instrucciones.

Se firma la presente carta de instrucciones en la ciudad de BOGOTÁ, D.C., a los TRECE (13) días del mes de OCTUBRE del año 2023, 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 de 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, adolescentes y 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, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terce ros 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, ac tualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea 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 ☐ NO ☐

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 ☐ NO ☐

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 artícu lo 6 de la Ley 1581 de 2012. SI ☐ NO ☐

d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países, siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o que se encuentren estipuladas en el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012. SI ☐ NO ☐

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superinte ndencia 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 comercializ ación, 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 inscripció n 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	
NOMBRE DEL OTORGANTE	**BALER INGENIERIA S.A.S**
NIT DEL OTORGANTE	**900264015 -8**
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	**LADY AGUIRRE ORTIZ**
C.C DE QUIEN FIRMA	**1022347445**

HUELLA

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	
NIT DEL OTORGANTE	
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	
C.C DE QUIEN FIRMA	

HUELLA

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	
NIT DEL OTORGANTE	
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	
C.C DE QUIEN FIRMA	

HUELLA

FIRMA	
NOMBRE DEL OTORGANTE	
NIT DEL OTORGANTE	
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	
C.C DE QUIEN FIRMA	

HUELLA