

## PAGARÉ CERRADO PARA CONSORCIOS O UNIONES TEMPORALES

Yo(nosotros) el(los) 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(amos) a pagar incondicionalmente, solidaria e indivisiblemente, en sus oficinas de Bogotá DC, 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 período de mora. CUARTO: Que serán de mi(nuestro) cargo todos los gastos e impuestos que cause este pagaré, así como los gastos que se generen por la cobranza judicial o extrajudicial, según el caso de mora. QUINTO: Que renuncio(amos) expresamente a los requerimientos privados o judiciales en caso de mora. SEXTO: Que me(nos) obligo(amos) a notificar inmediatamente al acreedor de cualquier cambio en los datos de contacto y notificación abajo indicados. SÉPTIMO: Que acepto(amos) cualquier endoso, cesión o traspaso que de este título valor hiciese 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.

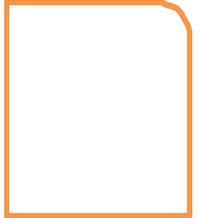
Para constancia se firma el presente pagaré con espacios en blanco, para ser diligenciado conforme se indica en la carta de instrucciones adjunta, en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los, \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**NOMBRE DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL: CONSORCIO PROAGRARIO COLOSO 2022**

### OTORGANTES

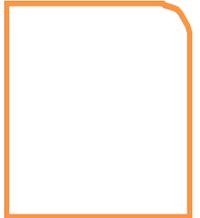
FIRMA	_____
NOMBRE DEL OTORGANTE	CONSORCIO PROAGRARIO COLOSO 2022
NIT DEL OTORGANTE	901577144-7
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	_____
C.C DE QUIEN FIRMA	_____
DIRECCION	ED ANTIGUO CAJA AGRARI OF 507
TELEFONO	3218462426
CORREO ELECTRONICO	ingjavierdominguezvergara@gmail.com

HUELLA



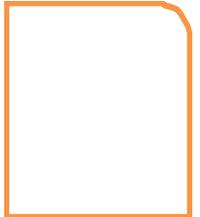
FIRMA	_____
NOMBRE DEL OTORGANTE	FUNDACION PARA EL PROGRESO BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO SOSTENIBLE
NIT DEL OTORGANTE	900522108-1
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	_____
C.C DE QUIEN FIRMA	_____
DIRECCION	BARRIO SANTA LUCIA CRA 70B
TELEFONO	3017255117
CORREO ELECTRONICO	funprobides@hotmail.com

HUELLA



FIRMA	_____
NOMBRE DEL OTORGANTE	JAVIER JOSE DOMINGUEZ VERGARA
NIT DEL OTORGANTE	92153531
NOMBRE DE QUIEN FIRMA	_____
C.C DE QUIEN FIRMA	_____
DIRECCION	CL 42 19 D 23 APTO PI 1
TELEFONO	6052800000
CORREO ELECTRONICO	ingjavierdominguezvergara@hotmail.com

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 pie 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 la PÓLIZA N° \_\_\_\_\_ y sus respectivos anexos en la cual ostento(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 **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, 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 MEDELLÍN, a los SIETE (7) días del mes de MARZO del año 2025, 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.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro(amos) que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me(nos) ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos 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(es) de la información, me(nos) asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me(nos) asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí(nosotros), derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico [tratamientodatos@solidaria.com.co](mailto:tratamientodatos@solidaria.com.co).

Autorizo(amos) 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**, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis(nuestros) datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

- El trámite de mi(nuestra) solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor.
- El proceso de negociación de contratos con **LA ASEGURADORA**, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual.
- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
- El control y la prevención del fraude.
- La liquidación y pago de siniestros.
- Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera.
- Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
- Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**.
- Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.
- La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Recolectar mis(nuestros) datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi(nuestro) estado de salud, aún después de mi(nuestro) fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi(nuestra) historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO(AMOS) el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo(amos), de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me(nos) fueron informados en este documento

### CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro(amos) conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO(AMOS) expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del WhatsApp "CAMI"

### 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:

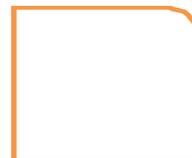
FIRMA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL OTORGANTE **CONSORCIO PROAGRARIO COLOSO 2022**  
NIT DEL OTORGANTE **901577144 -7**  
NOMBRE DE QUIEN FIRMA \_\_\_\_\_  
C.C DE QUIEN FIRMA \_\_\_\_\_

HUELLA



FIRMA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL OTORGANTE **FUNDACION PARA EL PROGRESO BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO SOSTENIBLE**  
NIT DEL OTORGANTE **900522108 -1**  
NOMBRE DE QUIEN FIRMA \_\_\_\_\_  
C.C DE QUIEN FIRMA \_\_\_\_\_

HUELLA



FIRMA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL OTORGANTE **JAVIER JOSE DOMINGUEZ VERGARA**  
NIT DEL OTORGANTE **92153531**  
NOMBRE DE QUIEN FIRMA \_\_\_\_\_  
C.C DE QUIEN FIRMA \_\_\_\_\_

HUELLA

