

LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, SOCIEDAD ANONIMA

Suma Afianzada en Letras

PAGARE

No colocar fecha

Por este PAGARE sin protesto, que suscribo como un título valor autónomo, me(nos) obligo (amos), a pagar incondicionalmente, en la ciudad de San Salvador, el día _____, de _____, del año _____, a la orden de "LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, SOCIEDAD ANONIMA", la suma de _____

_____ **DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**, más interés convencional del **21** por ciento anual, pagaderos **mensualmente**; en caso de mora, reconoceré (emos), el interés del **26** por ciento anual. Para efectos de esta obligación mercantil y en caso de acción judicial, fijo (amos) como domicilio especial la Ciudad de San Salvador, siendo de mí (nuestro) cargo cualquier gasto que La Central de Seguros y Fianzas, S.A. hiciera en el cobro de este pagaré, siempre que las causas me(nos) fuere(n) imputables inclusive los llamados gastos personales y faculto (amos) a La Central de Seguros y Fianzas, S.A. para que designe la persona depositaria de los bienes que se embarguen, a quien relevo (amos) de la obligación de rendir fianza.

Fecha de Suscripción

En San Salvador, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil diecinueve.

Firma de Representante Legal

F. _____

SELLO DE LA EMPRESA

Nombres y Apellidos Completos

Nombre :

Edad :

Profesión u oficio:

Domicilio:

DUI:

NIT:

Pasaporte No.:

N° de Nit

N° de DUI

**Años cumplidos
Ej. 45 AÑOS**

Según DUI

**Municipio y Departamento
(Ej. San salvador, San Salvador)**

**Colocar nombre de
afianzado**

**Fecha de
Suscripción de
avalista**

POR AVAL de la anterior obligación mercantil, a cargo de:

Firmamos en _____ a los _____ días de _____ del año _____

**Firma y datos del
Representante legal si es Socio**

F. _____

Nombre :

Edad :

Profesión u oficio:

Domicilio:

DUI:

NIT:

**Firma y datos según DUI de
socio 1**

F. _____

Nombre:

Edad:

Profesión u oficio:

Domicilio:

DUI:

NIT:

POR AVAL de la anterior obligación mercantil, a cargo de:

Firmamos en _____ a los _____ días de _____ del año _____.

F. _____

F. _____

Nombre :

Nombre:

Edad :

Edad:

Profesión u oficio:

Profesión u oficio:

Domicilio:

Domicilio:

DUI:

DUI:

NIT:

NIT:

Pasaporte No.:

Pasaporte No.:

F. _____

F. _____

Nombre :

Nombre:

Edad :

Edad:

Profesión u oficio:

Profesión u oficio:

Domicilio:

Domicilio:

DUI:

DUI:

NIT:

NIT:

Pasaporte No.:

Pasaporte No.:

F. _____

F. _____

Nombre :

Nombre:

Edad :

Edad:

Profesión u oficio:

Profesión u oficio:

Domicilio:

Domicilio:

DUI:

DUI:

NIT:

NIT:

Pasaporte No.:

Pasaporte No.: