

**POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL**

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**4302878782**

**PÓLIZA No: 430 -74 - 994000023044 ANEXO:0**

|                                     |     |      |       |                       |     |      |       |                |     |      |       |                                     |     |     |       |
|-------------------------------------|-----|------|-------|-----------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|-------------------------------------|-----|-----|-------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CALI SUR</b> |     |      |       | COD. AGE: 430         |     |      |       | RAMO: 74       |     |      |       | PAP                                 |     |     |       |
| DIA                                 | MES | AÑO  | HORAS | DIA                   | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA                                 | MES | AÑO | HORAS |
| 16                                  | 08  | 2023 | 23:59 | 16                    | 08  | 2023 | 23:59 | 29             | 12  | 2023 | 23:59 | 135                                 | 16  | 08  | 2023  |
| FECHA DE EXPEDICIÓN                 |     |      |       | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | A LAS                               |     |     |       |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b> |     |      |       |                       |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | A LAS                               |     |     |       |
|                                     |     |      |       |                       |     |      |       |                |     |      |       | TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b> |     |     |       |

|                                       |  |  |  |                    |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-----|--|--|--|------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-----|--|--|--|
| TIPO DE MOVIMIENTO: <b>EXPEDICION</b> |  |  |  | VIGENCIA DEL ANEXO |  |  |  | DIA   |  |  |  | MES            |  |  |  | AÑO   |  |  |  | HORAS |  |  |  | DIA |  |  |  | MES  |  |  |  | AÑO   |  |  |  | HORAS |  |  |  | DIA |  |  |  |
|                                       |  |  |  | 16                 |  |  |  | 08    |  |  |  | 2023           |  |  |  | 23:59 |  |  |  | 29    |  |  |  | 12  |  |  |  | 2023 |  |  |  | 23:59 |  |  |  | 135   |  |  |  |     |  |  |  |
|                                       |  |  |  | VIGENCIA DESDE     |  |  |  | A LAS |  |  |  | VIGENCIA HASTA |  |  |  | A LAS |  |  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |

|                                                           |  |                                          |  |
|-----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| DATOS DEL TOMADOR                                         |  |                                          |  |
| NOMBRE: <b>FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL COLOMBIA VIVA</b> |  | IDENTIFICACIÓN: NIT <b>805.024.423-6</b> |  |
| DIRECCIÓN: <b>CALLE 53N # 3 ABIS - 25</b>                 |  | CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>               |  |
|                                                           |  | TELÉFONO: <b>3166236255</b>              |  |

|                                                                           |  |                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO                                        |  |                                          |  |
| ASEGURADO: <b>CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA-C.V.C</b> |  | IDENTIFICACIÓN: NIT <b>890.399.002-7</b> |  |
| DIRECCIÓN: <b>KR 8 9 70</b>                                               |  | CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>               |  |
|                                                                           |  | TELÉFONO: <b>6020396671</b>              |  |
| BENEFICIARIO: <b>TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS</b>                    |  | IDENTIFICACIÓN: SI <b>3.003.025</b>      |  |

|                                                                                        |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS                                                             |  |  |  |
| ASEGURADO: <b>CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA</b> NIT: 890399002     |  |  |  |
| ITEM: 1 DEPARTAMENTO: <b>VALLE</b> CIUDAD: <b>CALI</b>                                 |  |  |  |
| DIRECCIÓN: <b>CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA-C.V.C</b>              |  |  |  |
| ACTIVIDAD: <b>CONVENIO DE ASOCIACIÓN</b>                                               |  |  |  |
| TIPO EDIFICIO: <b>NO APLICA PARA ESTE RAMO</b> TIPO DE RIESGO: <b>ESTATAL</b> MANZANA: |  |  |  |

| DESCRIPCION | AMPAROS                        | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLIMITE |
|-------------|--------------------------------|-------------------|---------|-----------|
| CONTRATO    |                                | \$ 232,000,000.00 |         |           |
|             | PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 232,000,000.00    |         |           |
|             | CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 232,000,000.00    |         |           |
|             | RCE PATRONAL                   | 232,000,000.00    |         |           |
|             | VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 232,000,000.00    |         |           |
|             | GASTOS MEDICOS                 | 232,000,000.00    |         |           |
|             | RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA  | 232,000,000.00    |         |           |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS  
SI 3003025 - TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA EN VIRTUD DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO DE ASOCIACIÓN CVC No. 0133 DE 2023 CELEBRADO ENTRE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA - CVC Y LA FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL COLOMBIA VIVA, CUYO OBJETO ES: "AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, HUMANOS Y RECURSOS ECONOMICOS PARA IMPLEMENTAR ACCIONES DE MANEJO DEL ARBOLADO URBANO Y MANTENIMIENTO DE LAS SIEMBRAS PARA MEJORAR LAS CONDICIONES AMBIENTALES DE LAS COMUNAS COMUNA 2, 4, 5, 9, 8, 13, 14, 22 DE SANTIAGO DE CALI".

ASEGURADO: **CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA CVC** NIT: 890.399.002-7 Y LA FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL COLOMBIA VIVA NIT:805.024.423-6.

| VALOR ASEGURADO TOTAL | VALOR PRIMA     | GASTOS EXPEDICION | IVA            | TOTAL A PAGAR   |
|-----------------------|-----------------|-------------------|----------------|-----------------|
| \$ ***232,000,000.00  | \$ *****257,425 | \$ *****0.00      | \$ *****48,911 | \$ *****306,335 |

|                                       |                      |                        |                 |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------|
| INTERMEDIARIO                         |                      | COASEGURO CEDIDO       |                 |
| NOMBRE<br><b>ORLANDO CATAÑO MARIN</b> | CLAVE<br><b>1169</b> | %PART<br><b>100.00</b> | VALOR ASEGURADO |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000430287878  
**FIRMA TOMADOR** LHDOMINGUEZ 0

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADB207A0708P47957

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano \* Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá \* Teléfono: (601) 458 7174

Fax: (601) 458 7174 \* Celular: 312 342 6229 \* Correo electrónico: defensorasolidaria@gmail.com  
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:  
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensora-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/03 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8801, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE