SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	**AGENCIA VALLEDUPAR**	**47**	**47-44-101025644**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	**12**	**2023**	**01**	**12**	**2023**	**00:00**	**31**	**03**	**2027**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION NIÑO FELIZ		**NIT: 800.145.039-1**
DIRECCIÓN: CALLE 17 NO. 15-69 SECTOR CENTRO	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO:	5767556

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS - REGIONAL CESAR		**NIT: 899.999.239-2**
DIRECCIÓN: CL 16 A NRO. 11 - 15	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO	5747567

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR PARTE DEL AFIANZADO, MEDIANTE CONTRATO No. 20002222023 QUE TIENE COMO OBJET0 BRINDAR ATENCIN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 7 A 17 AÑOS Y 11 MESES, QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, VCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DENTRO Y FUERA DEL CONFLICTO ARMADO Y/O VCTIMAS DE TRATA, EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR EN LA MODALIDAD INTERNADO DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/12/2023	30/09/2024	$51,676,845.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/12/2023	31/03/2027	$51,676,845.00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/12/2023	30/09/2024	$51,676,845.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****774,727.00	$ ******20,000.00	$ *****150,998.00	$ **********945,726.00	$ ******155,030,535.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GOBA ASESORES DE SEGUROS LTDA	174338	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

47-44-101025644

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	**AGENCIA VALLEDUPAR**	**47**	**47-44-101025644**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	**12**	**2023**	**01**	**12**	**2023**	**00:00**	**31**	**03**	**2027**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION NIÑO FELIZ		**NIT: 800.145.039-1**
DIRECCIÓN: CALLE 17 NO. 15-69 SECTOR CENTRO	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO:	5767556

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS - REGIONAL CESAR		**NIT: 899.999.239-2**
DIRECCIÓN: CL 16 A NRO. 11 - 15	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO	5747567

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****774,727.00	$ ******20,000.00	$ *****150,998.00	$ **********945,726.00	$ ******155,030,535.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GOBA ASESORES DE SEGUROS LTDA	174338	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11015201152243(3900)000000945726(96)20241130

REFERENCIA PAGO:

1101520115224-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PAGARÉ ABIERTO No. CAPJ-967504-47-23

_ _, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON LA _ _ _ _ N°._ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _, QUIEN OBRA EN ESTE ACTO EN NOMBRE PROPIO Y COMO REPRESENTANTE LEGAL DE FUNDACION NIÑO FELIZ, NIT N°. 800145039, DEBIDAMENTE FACULTADO PARA SUSCRIBIR ESTE DOCUMENTO, TODO LO CUAL CONSTA EN EL CERTIFICADO QUE ACREDITA LA EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL VIGENTE EN LA FECHA DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE ESCRITO Y _, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON LA _ _ _ _ N°._ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ QUIEN OBRA EN ESTE ACTO EN NOMBRE PROPIO Y COMO REPRESENTANTE LEGAL DE _ , NIT N°._ _ _ _ _ _ _ _ _ _ DEBIDAMENTE FACULTADO PARA SUSCRIBIR ESTE DOCUMENTO, Y _, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON LA _ _ _ N°. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ QUIEN OBRA EN ESTE ACTO EN NOMBRE PROPIO Y COMO REPRESENTANTE LEGAL DE _, NIT NO. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ DEBIDAMENTE FACULTADO PARA SUSCRIBIR ESTE DOCUMENTO, EN CALIDAD DE CODEUDORES SOLIDARIOS A TRAVÉS DE ESTE DOCUMENTO, NOS DECLARAMOS DEUDORES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN LA SUMA DE _ MONEDA CORRIENTE ($_ _). EN TAL VIRTUD, PAGAREMOS INCONDICIONALMENTE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., A SU ORDEN, O A QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTE, LA CANTIDAD QUE SE DECLARA ADEUDAR ANTERIORMENTE, EL _ _ _ _ _ _ DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ DE _ _ _ _ _ _. EN CASO DE MORA, SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN INTERESES MORATORIOS A LA TASA MÁXIMA PERMITIDA.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESPACIOS EN BLANCO DE ESTE PAGARE

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 622 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AUTORIZAMOS EN FORMA IRREVOCABLE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., EXPRESAMENTE PARA LLENAR SIN PREVIO AVISO, LOS ESPACIOS QUE FIGURAN EN BLANCO EN EL PRESENTE PAGARÉ, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. EL VALOR QUE DE ANTEMANO TIENE NUESTRA ACEPTACIÓN Y POR EL CUAL SE DEBERÁ LLENAR EL PAGARÉ, SERÁ IGUAL AL MONTO QUE SEGUROS DEL ESTADO S.A., PAGUE POR RAZÓN DE LA EFECTIVIDAD DE CUALQUIER PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO EN LA QUE SE DEMUESTRE COMO RESPONSABLE POR EL SINIESTRO QUE AFECTE LA CITADA POLIZA, AL TOMADOR MENCIONADO DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE LA MODIFIQUEN, RENUEVEN O PRORROGUEN.
2. LA FECHA DE EXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN CONTENIDA EN EL PRESENTE TÍTULO SERÁ LA DEL DÍA EN QUE SE DILIGENCIEN LOS ESPACIOS EN BLANCO DEL PRESENTE PAGARÉ.
3. AUTORIZACIÓN REPORTE A CENTRALES DE RIESGO - AUTORIZAMOS DE MANERA PERMANENTE E IRREVOCABLE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., A CONSULTAR, Y SUMINISTRAR DATOS POSITIVOS O NEGATIVOS DE NUESTRO COMPORTAMIENTO COMERCIAL, CREDITICIO Y FINANCIERO EN EL EVENTO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTOS.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA A LOS 01 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2023.

____

FIRMA

NOMBRE:______________________

IDENTIFICACIÓN:______________

DIRECCIÓN:___________________

TELÉFONO:____________________

CIUDAD:______________________

____

FIRMA

NOMBRE:______________________

IDENTIFICACIÓN:______________

REPRESENTANTE LEGAL DE:FUNDACION NIÑO FELIZ__________

NIT NO.:800145039____________

DIRECCIÓN:CALLE 17 NO. 15-69 SECTOR CENTRO__________

TELÉFONO:5767556_____________

CIUDAD:VALLEDUPAR____________

CODEUDORES

____

FIRMA

NOMBRE:______________________

IDENTIFICACIÓN:______________

REPRESENTANTE LEGAL DE: ______

NIT NO.: _____________________

DIRECCIÓN:___________________

TELÉFONO: ____________________

CIUDAD:______________________

____

FIRMA

NOMBRE:______________________

IDENTIFICACIÓN:______________

REPRESENTANTE LEGAL DE: ______

NIT NO.: _____________________

DIRECCIÓN:___________________

TELÉFONO: ____________________

CIUDAD:______________________