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
PASTO	**PASTO**	**41**	**41-44-101283715**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
04	**06**	**2024**	**04**	**06**	**2024**	**00:00**	**31**	**07**	**2029**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
CONSORCIO CONSULTORIAL		**NIT: 901.733.656-5**
DIRECCIÓN: CR 9 NRO. 67 N - 44	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO: 3143354419

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE VIAS		**NIT: 800.215.807-2**
DIRECCIÓN: CL 25 G NRO. 73 B - 90 COMPLEJO EMPRESARIAL CENTRAL	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO 3770600
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:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO No. 1906 DE 2024, QUE TIENE COMO OBJETO: ADMINISTRACION VIAL DE LAS CARRETERAS NACIONALES A CARGO DE LA DIRECCION TERRITORIAL CAUCA, GRUPO AMV 4 LOTE 3.

NOTA: LA VIGENCIA DEL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO SERA DE TREINTA (30) MESES MAS, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE RECIBO DEFINITIVO.

AMPAROS

RIESGO: INTERVENTORIA

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**04/06/2024**	**31/01/2027**	**$405,019,808.20**
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	**04/06/2024**	**31/07/2029**	**$810,039,616.40**
CALIDAD DEL SERVICIO	**04/06/2024**	**04/12/2026**	**$1,215,059,424.60**

ACLARACIONES

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARTICIPACION
COMPAÑIA DE CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES LIMITADA	828000781-8	90.00
MARTINEZ OROZCO ANA LUCIA	34536548	10.00

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **14,932,248.00	$ ******25,000.00	$ ***2,841,877.00	$ ********17,799,125.00	$ ****2,430,118,849.20	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
NARVAEZ ASESORES DE SEGUROS LTDA	225483	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-44-101283715

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS P. Jurídica

Entre las partes suscribientes del presente Acuerdo, por una parte ANA LUCIA MARTINEZ OROZCO Identificado como aparece al pie de la firma, actuando en mi propio nombre y en representación de **CONSORCIO CONSULTORIAL - NIT 901.733.656-5,** quien en adelante se denominará EL **DEUDOR** y por la otra **SEGUROS DEL ESTADO S.A** sociedad identificada con NIT No. 860.009.578-6, quién en adelante se denominará **LA ASEGURADORA** hemos convenido celebrar el presente **ACUERDO DE PAGO DE PRIMA,** previas las siguientes

CONSIDERACIONES

1. **LA ASEGURADORA** emitió a favor de **EL DEUDOR** las siguientes pólizas, las cuales originaron primas de seguros, por los valores que a continuación se detalla**.**

Ramo	Póliza	End	Vig Desde	Vig Hasta	Emitida	Total Cartera
44 - CU. ENTIDAD.EST.	101283715	0	04/06/2024	31/07/2029	04/06/2024	$ 17.799.125
TOTAL						**$ 17.799.125**

2. El valor total de las primas de seguros correspondientes a las pólizas indicadas en el numeral anterior, incluyendo gastos de expedición e IVA, corresponde a la suma de **DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS M/CTE ($ 17.799.125).**

Con fundamento en las anteriores consideraciones. EL DEUDOR y LA ASEGURADORA celebran el presente ACUERDO DE PAGO, el cual se regirá por las siguientes

CLÁUSULAS.

PRIMERA: **EL DEUDOR,** efectuará el pago a **LA ASEGURADORA** de la suma indicada en el numeral 2. Anterior, por concepto de primas causadas por la expedición de las pólizas de seguros mencionadas en numeral 1. del capítulo de "CONSIDERACIONES", en las fechas y por los valores que a continuación se señalan:

No. CUOTA	FECHA DE PAGO	VALOR
1	02/08/2024	$ 17.799.125
TOTAL		**$ 17.799.125**

SEGUNDA: EL DEUDOR, se compromete a efectuar el pago total de las primas de seguros dentro de los términos del Contrato de Seguro, o en su defecto **LA ASEGURADORA** dará aplicación al Artículo 1068 del Código de Comercio que expresa: "La mora en el pago de la prima de la póliza o de sus certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho

al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

TERCERA: EL DEUDOR Autoriza a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** para dar por terminado el plazo de esta obligación y cobrar a **EL DEUDOR** judicial o extrajudicialmente, parcial o totalmente si se

presenta incumplimiento de una o más de las obligaciones estipuladas en la cláusula PRIMERA de este acuerdo, o si EL DEUDOR se declara en quiebra, se somete a proceso concordatario, convoque a concurso de acreedores o solicite la reestructuración de créditos.

CUARTA: En todo caso, si **EL DEUDOR** presenta mora en el pago de la obligación contenida en cualesquiera de los títulos valores relacionados en la CLÁUSULA PRIMERA o para la efectividad de este acuerdo, reconocerá a **LA ASEGURADORA,** los gastos de cobranza en que incurriere, sin prejuicio de la extinción del plazo y exigibilidad del pago anticipado de la deuda.

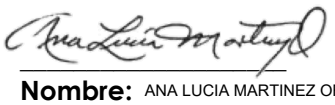
QUINTA: EL DEUDOR, autoriza de manera permanente o irrevocable a **LA ASEGURADORA** con la firma del presente documento, a consultar y suministrar datos positivos y negativos a las Centrales de Riesgo de su comportamiento comercial, crediticio y financiero en el evento de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente **ACUERDO DE PAGO.**

SEXTA: EL DEUDOR autoriza de manera permanente e irrevocable a **SEGUROS DEL ESTADO S.A** a suministrar los datos personales relacionados con la expedición de la póliza afectada y el trámite de siniestro, a los apoderados externos que se designen para el cobro prejudicial y judicial en el evento de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente ACUERDO DE PAGO, este documento.

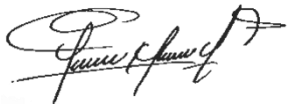
SÉPTIMA: para los efectos legales y en especial para las notificaciones, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Pasto.

En constancia de lo anterior y en señal de aceptación, se firma el presente **ACUERDO DE PAGO** en ciudad de Pasto a los **18** días del mes de **junio** del dos mil veinticuatro (2.024).

EL DEUDOR



Nombre: ANA LUCIA MARTINEZ OROZCO
CC/NIT No: 34536548
Tel. 3143354419



LA ASEGURADORA.
CUENTAS PARA CONSIGNAR:

BANCOLOMBIA AHORROS	**20712178194 CONVENIO 27323 +** REFERENCIA DE PAGO	sandro.figueroa@segurosdelestado.com
BANCO DE BOGOTA CORRIENTE	**000-003210 +** REFERENCIA DE PAGO	sandro.figueroa@segurosdelestado.com
BANCO AGRARIO CORRIENTE	**003600100386 CONVENIO 12979 +** Ref 1: Cedula tomador Ref 2: 41	sandro.figueroa@segurosdelestado.com