



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA			SUCURSAL BUCARAMANGA			COD.SUC 96	NO.PÓLIZA 96-44-101190068	ANEXO 2
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
21 06 2024	07 06 2024		00:00	31 07 2029		23:59	ANEXO NO CAUSA PRIMA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL CONSORCIO INGEVIAL IE	IDENTIFICACIÓN NIT: 901.836.985-6
DIRECCIÓN: CL 32 NRO. 26 - 63	CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER TELÉFONO: 6076782235

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: INSTITUTO NACIONAL DE VIAS INVIAS	IDENTIFICACIÓN NIT: 800.215.807-2
DIRECCIÓN: CR 25 G NRO. 73 B - 90	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 7056000

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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 CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CUMPLIMIENTO, CALIDAD DEL SERVICIO Y PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO No. CONTRATO VAT-GP-CON-056-2024 EL OBJETO DE ESTE CONTRATO ES ADMINISTRACION VIAL DE LAS CARRETERAS NACIONALES A CARGO DE LA DIRECCION TERRITORIAL CAUCA, GRUPO AMV 2 LOTE 1

NOTA: EL AMPARO DE CALIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE TREINTA MESES CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE RECIBO DEFINITIVO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/06/2024	31/01/2027	\$499,058,439.60	
CALIDAD DEL SERVICIO	31/07/2026	31/01/2029	\$1,497,175,318.80	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	07/06/2024	31/07/2029	\$998,116,879.20	

ACLARACIONES

MEDIANTE PRESENTE ANEXO SE REALIZA ACLARACION DEL No. CONTRATO 1 9 2 8 DE 2024. CUYO OBJETO ES: ESTE CONTRATO ES ADMINISTRACION VIAL DE LAS CARRETERAS NACIONALES A CARGO DE LA DIRECCION TERRITORIAL CAUCA, GRUPO AMV 2 LOTE 1

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****0.00	\$ *****0.00	\$ *****0.00	\$ *****0.00	\$ ****2,994,350,637.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
PARMENIDES MANUEL PACHECO PADRON	983936	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 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101190068

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA						SUCURSAL BUCARAMANGA				COD.SUC 96		NO.POLIZA 96-44-101190068		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO ANEXO NO CAUSA PRIMA				
21 06 2024			07 06 2024			00:00	31 07 2029			23:59					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSORCIO INGEVIAL IE								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.836.985-6			
DIRECCIÓN: CL 32 NRO. 26 - 63						CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER				TELÉFONO: 6076782235	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: INSTITUTO NACIONAL DE VIAS INVIAS								IDENTIFICACIÓN NIT: 800.215.807-2			
DIRECCIÓN: CR 25 G NRO. 73 B - 90						CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL				TELÉFONO: 7056000	

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :
NOMBRE
ESAO S.A.S
INGECO UN SAS

IDENTIFICACION	PARTICIPACION
804005882-9	30.00
901535692-1	70.00

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(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, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101190068

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

MYRIAMPICON

ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS

Entre las partes suscribientes del presente Acuerdo, por una parte los integrantes ESAO SAS, INGECO JN SAS, identificados como aparece al pie de las firmas, actuando en nuestro propio nombre y en representación de la sociedad CONSORCIO INGEVIAL IE, quien en adelante se denominará **LOS DEUDORES** 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	Cód.	Pol.	Anexo	Fecha Exp.	Vig. Desde	Vig. Hasta	Prima Total
44	96	101190068	0	7/06/24	7/06/24	31/07/29	\$17.323.847
TOTAL							\$17.323.847

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 TRESCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS (**\$17.323.847**).

Con fundamento en las anteriores consideraciones. **EL DEUDOR** y **LA ASEGURADORA** celebran el presente **ACUERDO DE PAGO**, el cual se registrará 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	07/07/24	\$5.197.154
2	08/08/24	\$12.126.693
TOTAL A PAGAR		\$17.323.847

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 **LOS DEUDORES** 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 perjuicio de la extinción del plazo y exigibilidad del pago anticipado de la deuda.

QUINTA: LOS DEUDORES, autorizan 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: LOS DEUDORES autorizan 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 CALLE 32 # 26-63, Floridablanca - Santander

En constancia de lo anterior y en señal de aceptación, se firma el presente **ACUERDO DE PAGO** en ciudad de Floridablanca a los 24 días del mes de junio de DOS MIL (2024).

LOS DEUDORES/ INTEGRANTES DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL


ESAO S.A.S.

Nombre. R.L. Juan Amado Lizarazo
CC / NIT No. 804.005.882-9
Tel. (607)6782235


INGECO JN S.A.S.

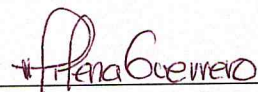
Nombre: R.L. Juan Amado Lizarazo
CC / NIT No. 901.535.692-1
Tel. (607)6782235

Nombre _____
CC / NIT No. _____
Tel. _____

Nombre _____
CC / NIT No. _____
Tel. _____

Nombre _____
CC / NIT No. _____
Tel. _____

LA ASEGURADORA.


Ana Guerrero

Junio 24/2024



SEGUROS DEL ESTADO S.A
Sucursal Bucaramanga
NIT: 800.000.000-1