

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4009029234

PÓLIZA No: 400-47-994000102609

ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD AGENCIA: **400** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DIA: **20** MES: **09** AÑO: **2024**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA: **20** MES: **09** AÑO: **2024**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR MI QUERIDO VIEJO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **829.002.462-6**

DIRECCIÓN: **CALLE 73 34 B 44 36**

CIUDAD: **BARRANCABERMEJA, SANTANDER**

TELÉFONO: **3022873247**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **. DISTRITO DE BARRANCABERMEJA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.201.900-6**

BENEFICIARIO: **. DISTRITO DE BARRANCABERMEJA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.201.900-6**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONVENIO DE ASOCIACION**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND
CALIDAD DEL SERVICIO

19/09/2024 22/06/2025
19/09/2024 22/06/2025
19/09/2024 22/12/2027
19/09/2024 22/06/2025

62,823,960.00
228,431,040.00
62,823,960.00
62,823,960.00

BENEFICIARIOS
NIT 890201900 - DISTRITO DE BARRANCABERMEJA, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONVENIO DE ASOCIACION:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONVENIO NO. 2893-24, DE FECHA 2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON OBJETO FORTALECIMIENTO Y ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE LOS CENTROS VIDA URBANOS Y RURALES DE LA JURISDICCION DE DISTRITO DE BARRANCABERMEJA EN MARCO DEL PROYECTO ASISTENCIA INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****416,902,920.00	VALOR PRIMA: \$ *****1,653,376	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****316,991	TOTAL A PAGAR: \$ *****1,985,367
--	--	---	--------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO GONZALEZ GALVIS ASESORES EN SEGUROS	CLAVE 2677	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
--	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE DE ESTA MANERA. AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA, EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO: GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: <https://www.solidaria.com.co/web/digital/cliente/hojag>

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN, DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADERO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLICAN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS - TU RESPALDO - SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS - CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000400902923

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD820710F0DF57C5C

CLIENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL



**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4009029259

PÓLIZA No: 400 -74 - 994000026022 ANEXO:0

ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD AGE: 400 RAMO: 74 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO
 20 09 2024 19 09 2024 23:59 22 12 2024 23:59 94 20 09 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE ALAS VIGENCIA HASTA ALAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESIÓN**

TIPO DE MOVIMIENTO	EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO					VIGENCIA DEL ANEXO				
		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	
		19	09	2024	23:59	22	12	2024	23:59	94	
		VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA					
		A LAS				A LAS					

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR MI QUERIDO VIEJO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	829.002.462-6
DIRECCIÓN:	CALLE 73 34 B 44 36	CIUDAD:	BARRANCABERMEJA, SANTANDER	TÉLEFONO:
				3022873247

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO:	. DISTRITO DE BARRANCABERMEJA		IDENTIFICACIÓN:	NIT	890.201.900-6
DIRECCIÓN:	CENTRO BARRANCABERMEJA	CIUDAD:	BARRANCABERMEJA,	SANTANDER	TELÉFONO: 6076217887
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: . DISTRITO DE BARRANCABERMEJA NIT : 890201900
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: SANTANDER CIUDAD: BARRANCABERMEJA

DIRECCION: CALLE 73 No. 34B-44
ACTIVIDAD: CONVENIO DE ASOCIACION
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA: 72-35B

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 260,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	260,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS 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 EJECUCION DEL CONTRATO #2893-24 REFERENTE A OBJETO FORTALECIMIENTO Y ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE LOS CENTROS VIDA URBANOS Y RURALES DE LA JURISDICCIÓN DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA EN MARCO DEL PROYECTO ASISTENCIA INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***260,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****200,877	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****38,167	TOTAL A PAGAR: \$ *****239,043
--	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GONZALEZ GALVIS ASESORES EN SEGUROS	2677	100.00			

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 LA 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)000000000007000400902925

FIRMA TOMADOR

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

CAD820710F0DF57C5A

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano • Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá • Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 • Celular: 312 342 6229 • Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

MAPEDRAZA 0

Companhia de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/03. REGIMEN COMUN. ACTIVIDAD ECONOMICA 8601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

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.

VTG BLADNO



**AGENCIA
PROSEGUROS LTDA.**
Protegemos tu futuro

AGENCIA PROSEGUROS LTDA

829.002.304-0

RECIBO DE CAJA

EXPEDIDO EN:	FECHA	AGENCIA DE SEGUROS	DATOS OFICINA	TELEFONOS	
BARRANCABERMEJA	20/09/2024	AGENCIA PROSEGUROS LTDA	CALLE 49 NO 21-64	3163331246	
RECIBIMOS DE:			CC/NIT		
ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR MI QUERIDO VIEJO			829.003.559-6		
CONCEPTO	POLIZA	PRIMA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
PAGO DE POLIZA DE CUMPLIMIENTO MAS RCE CONVENIO	994000102609	\$ 1.653.376	\$ 15.000	\$ 316.991	\$ 1.985.367
	994000026022	\$ 200.876	\$ -	\$ 38.167	\$ 239.043
					\$ -
					\$ -
					\$ 2.224.410
FORMAS DE PAGO					
 FIRMA AUTORIZADA		EFFECTIVO	X		
		CHEQUE			
		TARJETA			
		OTROS			

Barrancabermeja, Septiembre de 2024

Señor
Dayron Oswaldo Aguilera Cárdenas
Secretario Jurídico
Ciudad

Correspondencia RECIBIDA
JURIDICA
Fecha: 20 SEP 2024
Recibido por: [Firma]
19 12 24

ASUNTO: ENTREGA POLIZA CONVENIO 2893-24

En nombre de la ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO, identificada con NIT 829.002.462-6, hago entrega de

póliza de cumplimiento No. 400 47 99 4000102699

y poliza de RCE 400 74 99 4000026022

del convenio entre la mencionada y el municipio de Barrancabermeja.

Cordialmente


MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
CONTACTO 3022873247