



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  |                                     |  |
|-----------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--|--|----------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>CALI                  |  |  | SUCURSAL<br>CALI                            |  |  | COD.SUC<br>45        |  | NO.PÓLIZA<br>45-44-101160763                |  | ANEXO<br>0                          |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>01 11 2024 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>01 11 2024 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 |  | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>20 12 2027 |  | A LAS HORAS<br>23:59                |  |
|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  | TIPO MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL |  |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                                        |  |  |  |  |  |                     |  |                                   |  |                   |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------|--|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>FUNDACION EL SEMBRADOR SEMILLA PARA EL FUTURO |  |  |  |  |  |                     |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 805.021.199-7 |  |                   |  |
| DIRECCIÓN: CL 8 B NRO. 45 - 136                                        |  |  |  |  |  | CIUDAD: CALI, VALLE |  |                                   |  | TELÉFONO: 4022944 |  |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                                           |  |  |  |  |  |                             |  |                                   |  |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL ANTIOQUIA |  |  |  |  |  |                             |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.239-2 |  |                  |  |
| DIRECCIÓN: CL 45 NRO. 79 - 141                                                                                            |  |  |  |  |  | CIUDAD: MEDELLIN, ANTIOQUIA |  |                                   |  | TELÉFONO 4093440 |  |

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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO No. 05017822024 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB Y HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA FAMI DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD CORRESPONDIENTE EL LINEAMIENTO TECNICO PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF EN ARMONIA CON LA POLITICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS                                                                     | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                                                   | 01/11/2024     | 20/06/2025     | \$109,888,748.80 |
| CALIDAD DEL SERVICIO                                                        | 01/11/2024     | 20/06/2025     | \$109,888,748.80 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 01/11/2024     | 20/12/2027     | \$109,888,748.80 |

ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA   | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA                | TOTAL A PAGAR        | VALOR ASEGURADO TOTAL  | PLAN DE PAGO |
|--------------------|-------------------|--------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| \$ ***1,450,531.00 | \$ *****20,000.00 | \$ *****279,400.00 | \$ *****1,749,932.00 | \$ *****329,666,246.40 | CONTADO      |

| INTERMEDIARIO      |        |            | DISTRIBUCION COASEGURO |         |                 |
|--------------------|--------|------------|------------------------|---------|-----------------|
| NOMBRE             | CLAVE  | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| RISK SEGUROS LTDA. | 184494 | 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

45-44-101160763

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



Clara B. Haza P

FIRMA TOMADOR