Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4752524936**

## PÓLIZA No: 475-47-994000069073 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 24 | 12 | 2024 | 24 | 12 | 2024 |

### DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: YUDI ANDREA GONZALEZ DINAS IDENTIFICACIÓN: CC 68.292.568

DIRECCIÓN: KR 30 CL 16 24 GUARATAROS CIUDAD: ARAUCA, ARAUCA TELÉFONO: 607788566

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: MUNICIPIO DE TAME IDENTIFICACIÓN: NIT 800.102.801-3

BENEFICIARIO: MUNICIPIO DE TAME IDENTIFICACIÓN: NIT 800.102.801-3

### AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 24/12/2024 | 30/04/2025 | 964,867.00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 24/12/2024 | 30/04/2025 | 964,867.00 |

BENEFICIARIOS
NIT 800102801 - MUNICIPIO DE TAME

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

***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 DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CPS-399 DEEL 2024, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON " ACTUALIZACIÓN Y AJUSTE DEL DOCUMENTO DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD (ASIS), DEL MUNICIPIO DE TAME- DEPARTAMENTO DE ARAUCA

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *****1,929,734.00 | $ **********25,000 | $****11,000.00 | $ ********6,840 | $ **********42,840 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| EVA YOSENI MEDINA TORRES | 5079 | 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 FIDEDIGNOS 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/wps_digitalclient/#/login**

**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 QUIÉN 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 MERCADEO, 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 2.012, 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 IMPLIQUEN 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 POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000475252493

Yudi Andrea González D.
FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CADF257A0A0DF8775C


Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## RECIBO DE CAJA No. 475110792

Aseguradora Solidaria de Colombia

| | | | |
|---|---|---|---|
| AGENCIA<br>SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. | TRANSACCIÓN Nro.<br>475163430 | FECHA DE RECAUDO<br>24/12/2024 | TIPO PAGADOR<br>ASEGURADO |
| NOMBRE PAGADOR<br>GONZALEZ DINAS YUDI ANDREA | | | C.C o NIT<br>68292568 |
| TOMADOR PÓLIZA<br>GONZALEZ DINAS YUDI ANDREA | | | |
| DETALLE DE PAGO<br>PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000069073 - NRO. ELECTRÓNICO 4752524936 | | | |
| VALOR EN LETRAS (en Pesos)<br>CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS | | | VALOR RECIBO<br>$ 42,840.00 |
| PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000069073 - ANEXO 0 AGENCIA SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA., TOMADOR PÓLIZA: CC-68292568 GONZALEZ DINAS YUDI ANDREA. VALOR PAGADO $ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 475163430 | | | |

FIRMA RECIBIDO PAGO

**RECIBO GENERADO POR: MEDINA TORRES EVA YOSENI**

333-1-2024

**El JEFE DE LA OFICINA JURÍDICA**
De conformidad con el Decreto 044 Julio de 2017 (Manual de Contratación)

**HACE CONSTAR**

Qué, **YUDI ANDREA GONZÁLEZ DINAS** identificada con cédula de ciudadanía **No. 68.292.568,** ha presentado a este despacho la siguiente póliza, expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA., Nit: 860.524.654-6, Póliza No. 475-47-994000069073, Anexo 0, que garantiza **CUMPLIMIENTO, CALIDAD DEL SERVICIO** según coberturas que amparan el Contrato de Prestación de Servicios No. 399 de 2024. Cuyo objeto es: "**ACTUALIZACIÓN Y AJUSTE DEL DOCUMENTO DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD (ASIS), DEL MUNICIPIO DE TAME- DEPARTAMENTO DE ARAUCA.**"

| AMPARO | DESDE | HASTA | VALOR |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 24/12/2024 | 30/04/2025 | $964.867,00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 24/12/2024 | 30/04/2025 | $964.867,00 |

Que, una vez revisados los amparos, porcentajes y las vigencias de las pólizas presentadas dentro del contrato de la referencia, las mismas cumplen con los requisitos exigidos por la ley 80 de 1993., y demás normas concordantes.

La presente constancia se expide a los veinticuatro (24) días del mes de diciembre de 2024.

**LENNY HERNÁNDEZ GARCÉS**
Jefe Oficina Asesora Jurídica

| Acción | Nombres Y Apellidos | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| **Proyectó:** | Darío Antonio Martínez García | Abogado de Apoyo CPS-149-2024. | |
| **Aprobó:** | Lenny Hernández Garcés | Jefe Oficina Asesora Jurídica | |
| **Nota:** los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, y por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma. | | | |