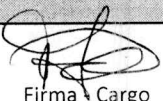


	Alcaldía Municipal de Motavita – Departamento de Boyacá			FORMATO: APROBACIÓN GARANTIA			
	República de Colombia						
	GESTIÓN CONTRACTUAL			Código: R-SP-21	Versión: 0		
PROCESO: SELECCIÓN DE PROVEEDORES, PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO			Fecha: 03/11/2020	Pág 1 de 1			
1. IDENTIFICACION DEL CONTRATO							
NÚMERO DEL CONTRATO		CONEVNO DE ASOCIACION/ C-CONV-ASO-001-2025					
FECHA DEL CONTRATO		10 DE FEBRERO DE 2025.					
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ANGELA MARIA MILLAN CASTAÑO					
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN		C.C No.33.368.745 de Tunja					
CONVENIO DE ASOCIACIÓN CON EL CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE OICATA PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE INCENDIOS Y DEMÁS CALAMIDADES CONEXAS QUE SE PRESENTEN EN EL MUNICIPIO DE MOTAVITA –BOYACA							
IDENTIFICACIÓN DE LA POLIZA		POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO					
COMPAÑÍA ASEGURADORA		MUNDIAL DE SEGUROS					
ACLARACIONES							
NÚMERO DE PÓLIZA		ANEXO 0/ BY-100050017					
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO		SETENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS (\$74.400.000) M/CTE					
PLAZO ACTUAL DEL CONTRATO		HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.					
FECHA PROYECTADA DE TERMINACION		31 DE DICIEMBRE DEL 2025.					
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LAS POLIZAS		13 DE FEBRERO DEL 2025					
2. DESCRIPCIÓN DE AMPAROS DE LA POLIZA							
No	TIPO DE AMPARO	VIGENCIA AMPARO		MONTO DEL AMPARO	APROBADO		OBSERVACIONES
		DESDE	HASTA		SI	NO	
1	CUMPLIMIENTO	10/02/2025	1/05/2026	\$14.880.000,00=	✓		
2	PRESTACIONES SOCIALES	10/02/2025	31/12/2028	\$14.880.000,00=	✓		
3	CALIDAD DEL SERVICIO	10/02/2025	1/05/2026	\$14.880.000,00=	✓		
					CUMPLIMIENTO		
					SI	NO	
Tomador.					✓		
Beneficiario.					✓		
Afianzado y/ o garantizado.					✓		
Nombre del tomador.					✓		
Póliza debidamente firmada por la aseguradora.					✓		
Póliza debidamente firmada por el tomador.					✓		
3. APROBACIÓN DE LA PÓLIZA						 Firma - Cargo	
¿La póliza es aprobada ?		SI	✓	NO			
Nombre Responsable		FRANCISCO JAVIER CORTES CASTILLO					
Fecha de diligenciamiento		(20) de enero del 2025.					
4. RECIBIDO DE DEVOLUCIÓN SIN APROBACIÓN							
Nombre de quien recibe						Firma - Cargo	
Fecha							
Hora							