Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2024

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — AMÉRICA LATINA 2019

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401978779

PÓLIZA No: 540 - 47 - 994000035938 ANEXO: 0

Compañía de Seguros

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA** COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	02	07	2025

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	02	07	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **FUNDACION DARNOS LA MANO** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.612.597-1**

DIRECCIÓN: CL 59 NO. 45 D - 73 CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA TELÉFONO: 3206491905

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL CORDOBA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

BENEFICIARIO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL CORDOBA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE APORTE

DESCRIPCION CONTRATO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	CUMPLIMIENTO	02/07/2025	31/05/2026	46,144,000.00
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	02/07/2025	30/11/2028	46,144,000.00
	CALIDAD DEL SERVICIO	02/07/2025	31/05/2026	46,144,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL CORDOBA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE APORTE

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 CONTRATO DE APORTE NO 23004452025 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON FORTALECER LAS CAPACIDADES DE LAS FAMILIAS Y LAS COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINAS, PARA GENERAR SISTEMAS DE INDIVIDUALES CUIDADOS FAMILIARES, COMUNITARIO Y DEL TERRITORIO QUE PERMITAN EL BUEN VIVIR DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS Y COLECTIVOS, LA CONSTRUCCIÓN DE TEJIDO SOCIAL, CULTURAL Y LA PROTECCIÓN INTEGRAL A PARTIR DEL RECONOCIMIENTO DE SUS SABERES, TRADICIONES, INTERESES, USOS Y COSTUMBRES, CONTRIBUYENDO A SU PERVIVENCIA Y SALVAGUARDA.

EL AMPARO MENCIONADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA COMO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES E IND HACE REFERENCIA A PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO LABORAL

TOMADOR: FUNDACION DARNOS LA MANO - FUNDARMAN NIT: 901612597 - 1

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***138,432,000.00	$ **********967,381	$****15,000.00	$ ******186,652	$ ********1,169,033

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
ARACELYS JUDITH SANCHEZ VERGARA	2825	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/wa_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

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000540197877

Beatriz Elena Martinez

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CBDC20790608F47958

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47 No PÓLIZA: **994000035938** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION DARNOS LA MANO** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.612.597-1**

ASEGURADO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL CORDOBA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

BENEFICIARIO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL CORDOBA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

TEXTO ITEM 1

ASEGURADO/BENEFICIARIO: ICBF REGIONAL CORDOBA NIT: 899999239 - 2

SE CONFIRMA QUE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA ES DESDE LAS 00.00 HORAS DEL 02/07/2025

CLIENTE

RECIBO DE CAJA No. 540106915

AGENCIA MONTERÍA	TRANSACCIÓN Nro. 540156933	FECHA DE RECAUDO 02/07/2025	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR FUNDACION DARNOS LA MANO			C.C o NIT 901612597
TOMADOR PÓLIZA FUNDACION DARNOS LA MANO			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000035938 - NRO. ELECTRÓNICO 5401978779			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) UN MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y TRES PESOS			VALOR RECIBO $ 1,169,033.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000035938 - ANEXO 0 AGENCIA MONTERÍA, TOMADOR PÓLIZA: NIT-901612597 FUNDACION DARNOS LA MANO . VALOR PAGADO $ 1,169,032.81 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 540156933			

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: SANCHEZ VERGARA ARACELYS JUDITH