SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-44-101198704	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
19	08	2025	19	08	2025	00:00	27	11	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION COLOMBIANA FE Y SERVICIO ONG	NIT: 900.358.450-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 8 NRO. 1 - 08 FINCA QUINTAVAL	SOCORRO, SANTANDER	3102636140

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DEL SOCORRO	NIT: 890.203.688-8

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 15 NRO. 14 - 66	SOCORRO, SANTANDER	6077272580

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN 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:

EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO DE ASOCIACION NO. CDPE-SOC-2025-011 LOTE 4, LA CALIDAD DEL SERVICIO Y EL PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES, RELACIONADO A CUBRIR RIESGOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y ECONOMICOS PARA GARANTIZAR EL APOYO Y ASISTENCIA A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD, AISLAMIENTO O CARENCIA DE SOPORTE SOCIAL A TRAVES DEL CENTRO VIDA EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO, SANTANDER.

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION, COOPERACION O COFINANCIACION

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/08/2025	27/03/2026	$10,179,400.00	$10,179,400.00
CALIDAD DEL SERVICIO	19/08/2025	27/03/2026	$10,179,400.00	$10,179,400.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	19/08/2025	27/11/2028	$5,089,700.00	$5,089,700.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AMPLIA LA VIGENCIA DE LA GARANTIA ARRIBA CITADA PORQUE SU TIEMPO DE DURACION ES EN DIAS HABILES SEGUN CONVENIO DE ASOCIACION NO. CDPE-SOC-2025-011 LOTE 4.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******13,370.00	$ *******4,000.00	$ *******3,300.00	$ **********20,671.00	$ *******25,448,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SUSANA ROJAS CARDENAS	194536	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

96-44-101198704

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oleda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-44-101198704	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
19	08	2025	19	08	2025	00:00	27	11	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
ASOCIACION COLOMBIANA FE Y SERVICIO ONG			NIT: 900.358.450-3
DIRECCIÓN: CR 8 NRO. 1 - 08 FINCA QUINTAVAL	CIUDAD: SOCORRO, SANTANDER		TELÉFONO: 3102636140

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
MUNICIPIO DEL SOCORRO			NIT: 890.203.688-8
DIRECCIÓN: CL 15 NRO. 14 - 66	CIUDAD: SOCORRO, SANTANDER		TELÉFONO: 6077272560

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-05 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101198704

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

9.90 230901 ELNVCO

Redeban

AGO 20 2025 15:19:50 REMDES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
DISTRICOL CALCOPIAS
CL 14 14 33 BRR CEN
C.UNICO: 3007078763 TER: SXRZZ987
RECIBO: 010270 RRN: 016355
RECAUDO AFRO: 145543
CONVENIO: 47189
SEGUROS DEL ESTADO $
REF: 1000060850591

VALOR $ 20.671

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCIÓN.

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. — SEGUROS DEL ESTADO GENERALES — Nit. 860009578-6	47189	iRecaudo	Nro. de Referencia de Pago	10000060650591
			Fecha de Emisión	20/08/2025
Consignado Por:	ROJAS CARDENAS SUSANA		Fecha de Pago DIA / MES / AÑO	
Valor a Pagar:	$20,671.00			
Cantidad de Documentos a Pagar	1		Fecha Vencimiento Boleta	25/08/2025

CLIENTE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag BANCOLOMBIA

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. — SEGUROS DEL ESTADO GENERALES — Nit. 860009578-6	47189	iRecaudo	Nro. de Referencia de Pago	10000060650591
			Fecha de Emisión	20/08/2025
Nombre de quién realiza la consignación: ROJAS CARDENAS SUSANA			Fecha de Pago DIA / MES / AÑO	
Teléfono:			TOTAL A PAGAR	$20,671.00

BANCO - CHEQUE

(415)7709998021167(8020)10000060650591(3900)000000020671(96)20250825

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

FORMA DE PAGO	Código del Banco	Nº de Cheque	Nº de Cuenta	Valor
CHEQUE				
			Total Pagado	

Lugares de Pag BANCOLOMBIA

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. — SEGUROS DEL ESTADO GENERALES — Nit. 860009578-6	47189	iRecaudo	Nro. de Referencia de Pago	10000060650591
			Fecha de Emisión	20/08/2025
Nombre de quién realiza la consignación: ROJAS CARDENAS SUSANA			Fecha de Pago DIA / MES / AÑO	
Teléfono:			TOTAL A PAGAR	$20,671.00

BANCO - EFECTIVO

(415)7709998021167(8020)10000060650591(3900)000000020671(96)20250825

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag BANCOLOMBIA

Total de Efectivo	$
Total Pagado	$

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

Este formato está prediligenciado por el aplicativo iRecaudo. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado). No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX. La impresión debe realizarse con impresora láser de alta resolución. Se deben presentar todas las copias de la impresión en la Sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.

[Usuario Genera: 37945659]

ACTA DE APROBACIÓN DE PÓLIZAS

Núm. del Convenio:	**CDRE-SOC-2025-011 LOTE 4**
Fecha del Convenio:	29 DE JULIO DE 2025
Clase de Convenio:	CONVENIO DE ASOCIACION
Objeto:	**AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y ECONÓMICOS PARA GARANTIZAR EL APOYO Y ASISTENCIA A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, AISLAMIENTO O CARENCIA DE SOPORTE SOCIAL A TRAVÉS DE UN CENTRO VIDA EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO,SANTANDER.**
Plazo Total:	El plazo del convenio será **SETENTA (70) DIAS HABILES**, según operación Centros Vida, termino éste que empezará a contarse desde la firma del acta de inicio, sin perjuicio de las adiciones o modificaciones que de conformidad con la Ley se puedan realizar al convenio a suscribir.
Valor del Convenio:	El valor del presente convenio es la suma de **CIENTO UN MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($101.794.000,00).** **APORTES DE LAS PARTES:** El municipio del Socorro aportará la suma de **NOVENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($92.540.000,00).** El convenido aportará la suma de **NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($9.254.000,00),** será evidenciado por medio de la presentación de informes individuales de cada actividad (6) que contemple su ejecución técnica y financiera: (2) encuentros intergeneracionales; (2) promoción del trabajo asociativo; (2) actividades promoción de la constitución de redes.

No de Póliza:	96-44-101198704 (ANEXO 3)	**Fecha de Expedición:**	19/08/2025
Compañía aseguradora:	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		
Tomador / Afianzado:	**ASOCIACION COLOMBIANA FE Y SERVICIO ONG** NIT: 900.358.450-3		

Asegurado / Beneficiario	**MUNICIPIO DEL SOCORRO (S)** NIT: No. 890.203.688-8

Amparo	%	Vigencia		Valor Asegurado
		Desde	hasta	
Cumplimiento general	10%	19/08/2025	27/03/2026	$10.179.400,00
Calidad del servicio	10%	19/08/2025	27/03/2026	$10.179.400,00
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	5%	19/08/2025	27/11/2028	$5.089.700,00

La garantía descrita, fue revisada y confrontada con las estipulaciones contractuales y se ajusta a ellas y a las disposiciones legales.

La entrega de una copia de este documento al titular del permiso por cualquier medio, surte efectos legales de notificación de la aprobación de la presente póliza.

Por tanto, se deja constancia de aprobación de la garantía en la presente Acta, el día 19 de agosto de 2025.

Aprobó:

KARINA STEFANNY BLANCO RODRIGUEZ
Secretaria de Salud y Bienestar Social

	Funcionario/Contratista	Cargo/Contrato	Firma
Proyectó –Jurídico	Andrés A. Ortiz Acelas	Abogado Secretaría Local de Salud - CPS	
Revisó-Aprobó-Técnica	Karina Stefanny Blanco Rodríguez	Secretaria de Salud y Bienestar Social	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y técnicas vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma de Karina Stefanny Blanco Rodríguez			