

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4752676264**

**PÓLIZA No: 475- 47- 994000073657 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.**

COD. AGENCIA: 475 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO  
**30 09 2025**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO  
**30 09 2025**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **JENSEL SAS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.139.402-0**

DIRECCIÓN: **CARRERA 22 18 01 OF 101**

CIUDAD: **ARAUCA, ARAUCA**

TELÉFONO: **3114808981**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE ARAUCA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.102.504-0**

BENEFICIARIO: **MUNICIPIO DE ARAUCA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.102.504-0**

**AMPAROS**

**GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE CONSULTORIA**

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 30/09/2025     | 30/06/2026     | 14,800,000.00  |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO | 30/09/2025     | 30/06/2026     | 29,600,000.00  |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 30/09/2025     | 30/12/2028     | 7,400,000.00   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | 30/09/2025     | 30/12/2026     | 14,800,000.00  |

BENEFICIARIOS  
NIT 800102504 - MUNICIPIO DE ARAUCA

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE CONSULTORIA:**

**\*\*\*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 CONSULTORIA NO. 000-560 DEL 2025, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON " DESARROLLO DEL PROCESO SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PBOT DEL MUNICIPIO DE ARAUCA DEPTO DE ARAUCA"

|                                                       |                                        |                                               |                               |                                          |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br><b>\$ ****66,600,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br><b>\$ *****182,547</b> | GASTOS EXPEDICION:<br><b>\$ ****11,000.00</b> | IVA:<br><b>\$ *****36,774</b> | TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ *****230,321</b> |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|

|                                                         |                      |                        |                                  |       |                 |
|---------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE INTERMEDIARIO<br><b>EVA YOSANI MEDINA TORRES</b> | CLAVE<br><b>5079</b> | %PART<br><b>100.00</b> | 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 FIDELIGNOS 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.coww.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 QUIEN 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 2012, 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)00000000007000475267626

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CADF257A0908FA7C59

CLIENTE