

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



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4302348687

PÓLIZA No: 430 - 47 - 994000050769 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI SUR**

COD. AGENCIA: **430** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **18** MES **01** AÑO **2021**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **18** MES **01** AÑO **2021**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **LENIN OLMEDO MARTINEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **12.796.524**

DIRECCIÓN: **AV 2 34 EQ**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TELÉFONO: **3183989368**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL VALLE DEL CAUCA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

BENEFICIARIO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL VALLE DEL CAUCA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	18/01/2021	17/06/2022	4,400,000.00
BENEFICIARIOS NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL VALLE DEL CAUCA			

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 No. 76001502021, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA GESTIÓN Y ARTICULACIÓN DE ALIANZAS, PROGRAMAS, OFERTA DE SERVICIOS PARA LA POBLACIÓN VINCULADA AL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES EN LA REGIONAL VALLE DEL CAUCA".

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****4,400,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****27,937	GASTOS EXPEDICION: \$ *****9,000.00	IVA: \$ *****7,018	TOTAL A PAGAR: \$ *****43,955
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

NOMBRE INTERMEDIARIO LAS TRES EMES LTDA	CLAVE 4164	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
---	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000430234868

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADB207A0C0BF47857

