

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4010657437**

**PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000115263 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD. AGENCIA: **400** RAMO: **47**  
TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO  
**08 07 2026 09 07 2026**  
FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **SERVICIOS, CONSTRUCCIONES Y SUMINSTROS BNT S.A.S** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.826.670-5**  
DIRECCIÓN: **CARRERA 24 6 45 BARRIO CENTRO** CIUDAD: **FORTUL, ARAUCA** TELÉFONO: **3114926101**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE FORTUL** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.136.069-4**  
BENEFICIARIO: **MUNICIPIO DE FORTUL** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.136.069-4**

**AMPAROS**

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

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 08/07/2026     | 08/12/2026     | 6,000,000.00   |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 08/07/2026     | 08/08/2029     | 3,000,000.00   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | 08/07/2026     | 08/12/2026     | 12,000,000.00  |

BENEFICIARIOS  
NIT 800136069 - MUNICIPIO DE FORTUL

**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 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N 185 DE FECHA 8 DE JULIO DE 2026, CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE PREPARACIÓN ACADÉMICA SOBRE LAS ÁREAS EVALUADAS EN LAS PRUEBAS SABER 11, DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE FORTUL, DEPARTAMENTO DE ARAUCA

| VALOR ASEGURADO TOTAL:      | VALOR PRIMA:          | GASTOS EXPEDICION:      | IVA:                  | TOTAL A PAGAR:         |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>\$ ****21,000,000.00</b> | <b>\$ *****67,233</b> | <b>\$ ****20,000.00</b> | <b>\$ *****16,574</b> | <b>\$ *****103,807</b> |

| NOMBRE INTERMEDIARIO                 | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|--------------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| GETSEMANI LTDA AGENCIA DE SEGUROS ZO | 9188  | 100.00 |                                  |       |                 |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIDAD SON 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.col/wa\\_digitalclient/#/login](https://www.solidaria.com.col/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 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>

DE ACUERDO CON EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

ESTIMADO USUARIO. PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/general/pn/tu-respaldo/patrimoniales/cia-pn-patrimoniales-cumplimiento-particulares-17092020.pdf>. 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)00000000007000401065743

**FIRMA TOMADOR**

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

**CLIENTE**

CAD82178090AFB7A5C

SOLIPYME

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA

COD. AGENCIA: 400

RAMO: 47

No PÓLIZA: **9940000000710** ANEXO: **0**

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ASOCIACION NACIONAL DE FONDOS DE EMPLEADOS-ANALFE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **860.504.495-6**

ASEGURADO: **ASOCIACION NACIONAL DE FONDOS DE EMPLEADOS-ANALFE**

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.504.495-6

BENEFICIARIO: **ASOCIACION NACIONAL DE FONDOS DE EMPLEADOS-ANALFE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **860.504.495-6**

**ITEM 4 - (continuación ...)**

HURTO CALIFICADO

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV

EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

1,060,00

CLIENTE