

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3607402728**

**PÓLIZA No: 360 - 47 - 994000065306 ANEXO: 1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SANTA PAULA**

COD. AGENCIA: **360** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO  
**10 08 2026**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO  
**10 08 2026**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **OSCAR ORLANDO CONTRERAS CALDERON**

IDENTIFICACIÓN: CC **80.468.555**

DIRECCIÓN: **DG 5 N 8 85 BR EL CARMEN**

CIUDAD: **VILLAPINZÓN, CUNDINAMARCA**

TELÉFONO: **5595569**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE VILLAPINZON**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.445-3**

BENEFICIARIO: **MUNICIPIO DE VILLAPINZON**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.445-3**

**AMPAROS**

**GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA**

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA       | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                      |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 22/05/2026     | 27/12/2026           | 17,055,931.20  |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO | 22/05/2026     | 27/12/2026           | 34,111,862.40  |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 22/05/2026     | 27/08/2029           | 8,527,965.60   |
| ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA              |                | VER NOTA ACLARATORIA | 17,055,931.20  |

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA:**

**BENEFICIARIOS**  
NIT 899999445 - MUNICIPIO DE VILLAPINZON  
**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA:**

DE ACUERDO CON EL ACTA DE SUSPENSION No. 1 DE FECHA 14 DE JULIO DE 2026 Y ACTA DE REINCIO No. 1 DE FECHA 10 DE AGOSTO DE 2026, SE AJUSTA LA VIGENCIA.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS, CONTINUAN VIGENTES.

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 OBRA N SP-SAMC-COP-175-2026, OBJETO: MEJORAMIENTO Y ADECUACIÓN DEL CENTRO DE ACOPIO Y REUNIONES DE LA VEREDA SOATAMA DEL MUNICIPIO DE VILLAPINZÓN CUNDINAMARCA.

NOTA: VIGENCIA AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA: CINCO (5) AÑOS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE RECIBO FINAL DE LA OBRA.

|                        |              |                    |           |                |
|------------------------|--------------|--------------------|-----------|----------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA:      | TOTAL A PAGAR: |
| \$ ****76,751,690.40   | \$ *****0    | \$*****0.00        | \$ *****0 | \$ *****0      |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|----------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| L Y P SEGUROS LTDA   | 9439  | 100.00 |                                  |       |                 |

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.cowwa\\_digitalclient/#login](https://www.solidaria.com.cowwa_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 MERCADO, 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)00000000007000360740272

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CDDE207F0A0BF57E5E

CLIENTE