

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4603269210**

**PÓLIZA No: 460 - 47 - 994000089148 ANEXO: 2**

AGENCIA EXPEDIDORA: CUCUTA QUINTA VELEZ

COD AGENCIA 460 RAMO 47

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA

TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

DIA MES AÑO  
04 09 2026  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO  
04 09 2026  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: FUNDACION CRISTIANA LAZOS DE AMOR

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.705.451-1

DIRECCIÓN: CALLE 22 #14 - 10, COCHISE

CIUDAD: SARAVERA, ARAUCA

TÉLEFONO: 3133843552

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: MUNICIPIO DE SARAVERA

IDENTIFICACIÓN: NIT 800.102.799-6

BENEFICIARIO: MUNICIPIO DE SARAVERA

IDENTIFICACIÓN: NIT 800.102.799-6

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: CONVENIO DE ASOCIACION

DESCRIPCION AMPAROS  
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA

|                                               |            |            |                |
|-----------------------------------------------|------------|------------|----------------|
| CUMPLIMIENTO                                  | 10/07/2025 | 01/10/2026 | 143,947,400.00 |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO | 10/07/2025 | 01/10/2026 | 719,737,000.00 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 10/07/2025 | 30/12/2028 | 71,973,700.00  |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | 10/07/2025 | 01/10/2026 | 287,894,800.00 |
| CALIDAD DEL BIEN                              | 10/07/2025 | 01/10/2026 | 287,894,800.00 |

BENEFICIARIOS  
NIT 800102799 - MUNICIPIO DE SARAVERA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONVENIO DE ASOCIACION:

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 CONVENIO DE ASOCIACION No. 177 DE FECHA 10 DE JULIO DE 2025 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE BIENESTAR MARÍA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAVERA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

SE REALIZA EL PRESENTE ENDOSO PARA AMPLIAR LAS VIGENCIAS ASEGURADAS DE LOS AMPAROS PARA EFECTOS DE LIQUIDACION DEL CONTRATO AMPARADO DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE LA ENTIDAD.

|                                                 |                                 |                                       |                                  |                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ *1,511,447,700.00  | VALOR PRIMA:<br>\$ *****265,021 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****5,000.00 | IVA:<br>\$ *****51,304           | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****321,325 |
| NOMBRE INTERMEDIARIO<br>DINA LUZ RIVAS MARTINEZ | CLAVE<br>10628                  | %PART<br>100.00                       | NOMBRE COMPANIA COASEGURO CEDIDO | %PART<br>VALOR ASEGURADO          |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGIOS 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), MENSAJERIA 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.co/ra\\_digitalcliente/ingreso](https://www.solidaria.com.co/ra_digitalcliente/ingreso)

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 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 IMPLICAN 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



FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CADE207B090DF47D57

CLIENTE



Defensor del Consumidor Financiero - Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: José Guillermo Peña González  
Dirección: Av 19 # 114 - 09 oficina 502 Bogotá - Teléfonos: (601) 213 13 70 - 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 - 323 232 29 34 - Correo electrónico: [contacto@pgabogados.com](mailto:contacto@pgabogados.com)  
Horario: Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:  
<https://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero>