

12400

COMUNICADO

**PARA: ANA MARIA SEGURA ANDRADE  
DIRECTORA ADMINISTRATIVA  
COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO LOGÍSTICO (A)**

**ASUNTO:** Comunicación al supervisor  
Orden de compra 151889 CZ23 CONTRATO 01022532025  
**Contratista: CHIPICHAPE UNION TEMPORAL**  
Registro presupuestal: 934725 del 19 de septiembre de 2025.  
Aprobación de pólizas (prórroga No. 1): 13 de enero de 2026  
Fecha de terminación: 31 de enero de 2026



Cordial saludo,

Considerando la función que cumple el (a) COORDINADORA DEL GRUPO DE APOYO LOGÍSTICO, como supervisor (a) del Contrato 01022532025 informo a usted que las pólizas antes referidas han sido aprobadas y la ejecución del mismo inicia una vez sea suscrita el acta de inicio; por lo anterior y con el fin de facilitar el ejercicio de dicha actividad, de forma atenta comunico a usted que los documentos relacionados con el mencionado contrato, se encuentran disponibles para su consulta y publicados en la Tienda Virtual del estado Colombiano.

Para el cabal ejercicio de la supervisión, se deberán tener en cuenta las herramientas básicas para una eficiente supervisión, que están compuestas entre otras por: *el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública y decretos reglamentarios, el Estatuto Anticorrupción, el Manual de Contratación del ICBF y la Guía de Supervisión de Contratos y Convenios suscritos por el ICBF.*



**KERLY JAZMIN AGÁMEZ BERRÍO**  
Directora de Contratación

ROL	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Revisó	Laura María Hernández Restrepo	Contratista de la Dirección de Contratación	
Proyectó	María Teresa Gómez Higuera	Contratista de la Dirección de Contratación	

## ACTA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA

Mediante la presente acta se procede a aprobar la Garantía Única de Cumplimiento y demás garantías exigidas, cuando a ello hubiese lugar, según la información que se señala:

<b>Contrato N°</b>	01022532025 / Orden de compra 151889 CZ23
<b>Contratista:</b>	CHIPICHAPE UNION TEMPORAL
<b>N° Póliza de Garantía Única de Cumplimiento:</b>	45-44-101169375 – ANEXO 2
<b>Aseguradora:</b>	SEGUROS DEL ESTADO
<b>Fecha de expedición:</b>	06/01/2025
<b>N° Póliza de Garantía de Responsabilidad Civil Extracontractual:</b>	45-40-101102770- ANEXO 2
<b>Aseguradora:</b>	SEGUROS DEL ESTADO
<b>Fecha de expedición:</b>	06/01/2025

### VERIFICACION DE LOS AMPAROS



VALOR DEL CONTRATO		\$ 526.555.358,88			
%	AMPARO	VIGENCIA EXIGIDA EN EL CONTRATO		\$ EXIGIDO EN EL CONTRATO	CUMPLE /NO CUMPLE
		DESDE	HASTA		
30%	Cumplimiento	31/12/2025	31/01/2027	\$105.311.071,78	CUMPLE
30%	Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	31/12/2025	31/01/2029	\$52.655.535,89	CUMPLE
30%	Calidad del Servicio	31/12/2025	31/01/2027	\$78.983.303.83	CUMPLE
200 SMLMV	Responsabilidad Civil Extracontractual	31/12/2025	31/01/2026	\$350.181.000	CUMPLE

Verificados los amparos, valores y vigencias contenidas en las pólizas analizadas, las mismas se ajustan plenamente a lo requerido y en consecuencia se imparte la aprobación a la(s) garantía(s)



**KERLY JAZMÍN AGAMEZ BERRÍO**

Directora de contratación

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>Revisó:</b>	Laura María Hernández	Contratista/ Dirección de contratación	
<b>Elaboró:</b>	María Teresa Gómez Higuera	Contratista/ Dirección de contratación	



## Consulta de pólizas

Consulta de Póliza

Consulta de SOAT

### Datos de la póliza

**Estado:**

Vigente

**Número de póliza:**

45-44-101169375

**Número de anexo:**

2

**Fecha de expedición:**

martes, 6 de enero de 2026

**Ramo:**

CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

**Asegurado:**

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

**Tomador:**

CHIPICHAPE UNION TEMPORAL

**Inicio de vigencia:**

martes, 16 de septiembre de 2025

**Fin vigencia:**

miércoles, 31 de enero de 2029

**Valor total asegurado:**

\$ 236.949.911,50

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

### Contactos para Verificación de Pólizas - Seguros del Estado SA y Seguros de Vida del Estado SA

**Póliza Automóviles:****• Correo electrónico:**

[verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com)

**Póliza Responsabilidad Civil de los Vehículos de Servicio Público de Pasajeros:**• **Correo electrónico:**[verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com)**Póliza de Seguros Generales:**• **Correo electrónico:**[verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com)**Póliza de Cumplimiento - RCE derivado de contratos:**• **Teléfono:** [310 327 9980](tel:3103279980)• **Correo electrónico:**[verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com)**Póliza de SOAT:**• **Teléfono:** [\(601\) 4324102](tel:6014324102) (a nivel nacional)• **Correo electrónico:** [operacionsoat@segurosdelestado.com](mailto:operacionsoat@segurosdelestado.com)**Póliza de Vida:**• **Correo electrónico:** [verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com)

Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de [nuestras oficinas](#) a nivel nacional.

**Nota:** Estos canales están destinados exclusivamente para la verificación de políticas.

Para presentar un PQRS, por favor ingrese al siguiente enlace: [PQRS](#).



## Consulta de pólizas

Consulta de Póliza

Consulta de SOAT

### Datos de la póliza

**Estado:**

Vigente

**Número de póliza:**

45-40-101102770

**Número de anexo:**

2

**Fecha de expedición:**

martes, 6 de enero de 2026

**Ramo:**

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPL

**Asegurado:**

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

**Tomador:**

CHIPICHAPE UNION TEMPORAL

**Inicio de vigencia:**

martes, 16 de septiembre de 2025

**Fin vigencia:**

sábado, 31 de enero de 2026

**Valor total asegurado:**

\$ 350.181.000,00

[Consultar de nuevo](#)

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

### Contactos para Verificación de Pólizas - Seguros del Estado SA y Seguros de Vida del Estado SA

**Póliza Automóviles:**

• **Correo electrónico:**

[verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com)

**Póliza Responsabilidad Civil de los Vehículos de Servicio Público de Pasajeros:**• **Correo electrónico:**[verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com)**Póliza de Seguros Generales:**• **Correo electrónico:**[verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com)**Póliza de Cumplimiento - RCE derivado de contratos:**• **Teléfono:** [310 327 9980](tel:3103279980)• **Correo electrónico:**[verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com)**Póliza de SOAT:**• **Teléfono:** [\(601\) 4324102](tel:6014324102) (a nivel nacional)• **Correo electrónico:** [operacionsoat@segurosdelestado.com](mailto:operacionsoat@segurosdelestado.com)**Póliza de Vida:**• **Correo electrónico:** [verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com](mailto:verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com)

Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de [nuestras oficinas](#) a nivel nacional.

**Nota:** Estos canales están destinados exclusivamente para la verificación de políticas.

Para presentar un PQRS, por favor ingrese al siguiente enlace: [PQRS](#).



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI			SUCURSAL CALI			COD.SUC 45		NO.PÓLIZA 45-44-101169375		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 06 01 2026			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 16 09 2025			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 31 01 2029		A LAS HORAS 23:59	
TIPO MOVIMIENTO ANEXO DE PRORROGA											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL CHIPICHAPE UNION TEMPORAL								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.907.974-0			
DIRECCIÓN: CR 43 NRO. 3 A - 23						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO: 3164827275		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR								IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.239-2			
DIRECCIÓN: CR 68 NRO. 64 C - 75						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO 6014377630		

ADICIONAL:

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ORIGINADOS EN VIRTUD DE LA ORDEN DE COMPRA NO. 151889 CUYO OBJETO ES:

CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y CAFETERIA PARA EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR A NIVEL NACIONAL. ZONA 23.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	16/09/2025	31/01/2027	\$105,311,071.78	\$105,311,071.78
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	16/09/2025	31/01/2027	\$52,655,535.89	\$52,655,535.89
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	16/09/2025	31/01/2029	\$78,983,303.83	\$78,983,303.83

**ACLARACIONES**

DE ACUERDO CON LA ORDEN NO 151889 ACTUALIZADA SE PRORROGA LA VIGENCIA HASTA EL 31/01/2026.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****36,224.00	\$ *****8,000.00	\$ *****8,402.00	\$ *****52,626.00	\$ *****236,949,911.50	CONTADO

INTERMEDIARIO				DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO	
BARONA VILLA CIA. LTDA. ASESORES	153946	100.00				

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

45-44-101169375

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-44-101169375</b>		ANEXO <b>2</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
06 01 2026		16 09 2025		00:00		31 01 2029		23:59		ANEXO DE PRORROGA	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CHIPICHAPE UNION TEMPORAL</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.907.974-0</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 43 NRO. 3 A - 23</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>				TELÉFONO: <b>3164827275</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.239-2</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 68 NRO. 64 C - 75</b>						CIUDAD: <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>				TELÉFONO <b>6014377630</b>	

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PÁGINA WEB** | | | | **VISA**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

| | |

| | |

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****36,224.00		GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00		IVA \$ *****8,402.00		TOTAL A PAGAR \$ *****52,626.00		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****236,949,911.50		PLAN DE PAGO CONTADO	
INTERMEDIARIO						DISTRIBUCION COASEGURO					
NOMBRE		CLAVE		% DE PART.		NOMBRE COMPAÑIA		% PART.		VALOR ASEGURADO	
BARONA VILLA		CIA. LTDA. ASESORES		153946		100.00					

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

**FORMA DE PAGO**

<b>BANCO</b>	<b>CHEQUE No.</b>	<b>VALOR</b>
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
**1101164160499-1**

(415) 7709998021167 (8020) 11011641604991 (3900) 000000052626 (96) 20260916

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> CALI			<b>SUCURSAL</b> CALI			<b>COD.SUC</b> 45		<b>NO.PÓLIZA</b> 45-44-101169375		<b>ANEXO</b> 2	
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b> DÍA MES AÑO 06 01 2026			<b>VIGENCIA DESDE</b> DÍA MES AÑO 16 09 2025			<b>A LAS HORAS</b> 00:00		<b>VIGENCIA HASTA</b> DÍA MES AÑO 31 01 2029		<b>A LAS HORAS</b> 23:59	
<b>TIPO MOVIMIENTO</b> ANEXO DE PRORROGA											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL</b> CHIPICHAPE UNION TEMPORAL							<b>IDENTIFICACIÓN NIT: 901.907.974-0</b>				
<b>DIRECCIÓN:</b> CR 43 NRO. 3 A - 23						<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE			<b>TELÉFONO:</b> 3164827275		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO / BENEFICIARIO:</b> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR							<b>IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.239-2</b>				
<b>DIRECCIÓN:</b> CR 68 NRO. 64 C - 75						<b>CIUDAD:</b> BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			<b>TELÉFONO:</b> 6014377630		

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :			IDENTIFICACION	PARTICIPACION
NOMBRE				
ON 24 S.A.S.			900294821-6	7.00
TODO LIMPIO DEL VALLE S.A.S.-BIC			901719391-0	93.00

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101169375

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-40-101102770</b>		ANEXO <b>2</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>06 01 2026</b>			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>16 09 2025</b>			A LAS HORAS <b>00:00</b>		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>31 01 2026</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	
TIPO MOVIMIENTO <b>ANEXO DE PRORROGA</b>											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CHIPICHAPE UNION TEMPORAL</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.907.974-0</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 43 NRO. 3 A - 23</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>3164827275</b>		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.239-2</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 68 NRO. 64 C - 75</b>						CIUDAD: <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>			TELÉFONO <b>6014377630</b>		
BENEFICIARIO: <b>899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR</b>											

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL GARANTIZADOS, ORIGINADOS EN VIRTUD DE LA ORDEN DE COMPRA NO. 151889 CUYO OBJETO ES:

CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y CAFETERIA PARA EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR A NIVEL NACIONAL. ZONA 23.

COMO ASEGURADOS/BENEFICIARIOS CHIPICHAPE UNION TEMPORAL N.I.T. 901907974 Y/O ICBF N.I.T. 899999239 Y/O TERCEROS AFECTADOS.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	16/09/2025	31/01/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	16/09/2025	31/01/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	16/09/2025	31/01/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00

**ACLARACIONES**

DE ACUERDO CON LA ORDEN NO 151889 ACTUALIZADA SE PRORROGA LA VIGENCIA HASTA EL 31/01/2026.

SE ACTUALIZA EL VALOR ASEGURADO POR 200 SMMLV AÑO 2026.

<b>VALOR PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS EXPEDICIÓN</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PLAN DE PAGO</b>
\$ *****74,353.00	\$ *****3,000.00	\$ *****14,697.00	\$ *****92,050.00	\$ *****350,181,000.00	CONTADO
<b>INTERMEDIARIO</b>			<b>DISTRIBUCION COASEGURO</b>		
<b>NOMBRE</b>	<b>CLAVE</b>	<b>% DE PART.</b>	<b>NOMBRE COMPAÑIA</b>	<b>% PART.</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>
BARONA VILLA	CIA. LTDA. ASESORES 153946	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102770

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS**

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> CALI			<b>SUCURSAL</b> CALI			<b>COD.SUC</b> 45	<b>NO.PÓLIZA</b> 45-40-101102770	<b>ANEXO</b> 2
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b> DÍA MES AÑO 06 01 2026			<b>VIGENCIA DESDE</b> DÍA MES AÑO 16 09 2025			<b>A LAS HORAS</b> 00:00	<b>VIGENCIA HASTA</b> DÍA MES AÑO 31 01 2026	
						<b>A LAS HORAS</b> 23:59	<b>TIPO MOVIMIENTO</b> ANEXO DE PRORROGA	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b> CHIPICHAPE UNION TEMPORAL	<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b> 901.907.974-0
<b>DIRECCIÓN:</b> CR 43 NRO. 3 A - 23	<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE
	<b>TELÉFONO:</b> 3164827275

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO:</b> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b> 899.999.239-2
<b>DIRECCIÓN:</b> CR 68 NRO. 64 C - 75	<b>CIUDAD:</b> BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL
	<b>TELÉFONO:</b> 6014377630

**BENEFICIARIO:** 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	16/09/2025	31/01/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	16/09/2025	31/01/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	16/09/2025	31/01/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102770

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-40-101102770</b>		ANEXO <b>2</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
06 01 2026		16 09 2025		00:00		31 01 2026		23:59		ANEXO DE PRORROGA	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CHIPICHAPE UNION TEMPORAL</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.907.974-0</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 43 NRO. 3 A - 23</b>						CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>				TELÉFONO: <b>3164827275</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.239-2</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 68 NRO. 64 C - 75</b>						CIUDAD: <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>				TELÉFONO <b>6014377630</b>	

BENEFICIARIO:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PÁGINA WEB** | | | | **VISA**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

| | |

| | |

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****74,353.00		GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****3,000.00		IVA \$ *****14,697.00		TOTAL A PAGAR \$ *****92,050.00		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****350,181,000.00		PLAN DE PAGO CONTADO	
INTERMEDIARIO						DISTRIBUCION COASEGURO					
NOMBRE		CLAVE		% DE PART.		NOMBRE COMPAÑIA		% PART.		VALOR ASEGURADO	
BARONA VILLA		CIA. LTDA. ASESORES		153946		100.00					

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

**FORMA DE PAGO**

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
**1101164160509-7**

(415) 7709998021167 (8020) 11011641605097 (3900) 000000092050 (96) 20251016

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI			SUCURSAL CALI			COD.SUC 45		NO.PÓLIZA 45-40-101102770		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 06 01 2026			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 16 09 2025			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 31 01 2026		A LAS HORAS 23:59	
TIPO MOVIMIENTO ANEXO DE PRORROGA											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CHIPICHAPE UNION TEMPORAL							IDENTIFICACIÓN NIT: 901.907.974-0				
DIRECCIÓN: CR 43 NRO. 3 A - 23						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO: 3164827275		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR							IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.239-2				
DIRECCIÓN: CR 68 NRO. 64 C - 75						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 6014377630		

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

**TEXTO ACLARATORIO**

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :  
NOMBRE  
ON 24 S.A.S.  
TODO LIMPIO DEL VALLE S.A.S.-BIC

IDENTIFICACION	PARTICIPACION
900294821-6	7.00
901719391-0	93.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102770

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR