



Número Póliza: 4416939

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, ALFA AM S.A.S

Este documento es la carátula de tu seguro y contiene la información del compromiso que SURA adquiere contigo.



INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social ALFA AM S.A.S	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 8301334700
Dirección CR 68 180 70	Ciudad BOGOTA D.C.	Teléfono 6016721814

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

Nombre y apellidos o razón social ALFA AM S.A.S	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 8301334700	Dirección CR 68 180 70	Ciudad BOGOTA D.C.	Teléfono 6016721814
--	-------------------------------	--	---------------------------	-----------------------	------------------------

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social DISTRITO CAPITAL - INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9001405156
--	-------------------------------	--

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento 17175971	Operación MODIFICACION	Oficina 2603	Ciudad expedición BOGOTA D.C.	Fecha de expedición 2026-02-16
Forma de pago CONTADO	Número de riesgos vigentes 1	Referencia de pago 0121717597 1	Producto SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA)	Moneda PESO COLOMBIANO

COBERTURAS

Nombre	Fecha inicial	Fecha vencimiento	Valor asegurado	Prima
CALIDAD DEL SERVICIO	10-MAY-2026	10-MAY-2028	\$10.999.038,00	\$118
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS	10-MAY-2026	10-MAY-2028	\$21.998.076,00	\$238
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	11-DIC-2025	10-NOV-2026	\$21.998.076,00	\$20.652



VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA \$21.008	Valor IVA \$3.992	Total a pagar \$25.000	Valor asegurado \$0,00	Total valor asegurado \$54.995.190,00
---------------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------------	--

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

Vigencia movimiento desde 16-FEB-2026	Vigencia movimiento hasta 10-MAY-2028	Número de días 814	Vigencia póliza desde 11-DIC-2025	Vigencia póliza hasta 10-MAY-2028
--	--	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Ramo 012	Producto NDX	Oficina 2603	Usuario CUM001
-------------	-----------------	-----------------	-------------------



INTERMEDIARIO

Nombres y apellidos o razón social INASEG LTDA	Código 5194	Compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	Categoría AGENCIAS	% participación 100%	Prima 21.008
---	----------------	---	-----------------------	-------------------------	-----------------

COASEGURO

Tipo coaseguro DIRECTO	Número póliza líder	Documento compañía líder
---------------------------	---------------------	--------------------------

CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Nombre	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación interna de la proforma	Canal de comercialización
CLAUSULAD O	2017-01-01	13 - 18	P	05	F-01-12-084	D00I
NOTA TÉCNICA	2017-06-25	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011	

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS :

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA ORDEN DE COMPRA NO. 157646 CUYO OBJETO ES: ADQUIRIR VEHICULO AUTOMOTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES PROPIAS DE LOS EVENTOS DEL INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO.

* ASEGURADO / BENEFICIARIO: INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO CON NIT 900.140.515-6

* POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN MODIFICACIÓN DE ÓRDENES DE COMPRA SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 10 DE MAYO DE 2026.**-

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009961 de 2010. Responsable de impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención. En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.



INFORMACIÓN ADICIONAL

LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA PROFORMA. F-01-12-084 LAS CUALES SE ADJUNTAN.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.




Firma autorizada



Firma tomador

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE, LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

	Formato Aprobación Manual de Pólizas	Codigo: JC-F85
		Versión: 1
		Fecha: 21/11/2024

CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/> ORDEN <input checked="" type="checkbox"/> Número <input type="text" value="157646"/> Año <input type="text" value="2025"/>
Adición <input type="text"/> No. <input type="text"/>

Publicación DUC	Requiere <input type="checkbox"/> No Requiere <input checked="" type="checkbox"/> Correcto <input type="checkbox"/> Incorrecto <input type="checkbox"/>
-----------------	---

Garantía Única de Cumplimiento	No Requiere <input type="checkbox"/> Requiere <input checked="" type="checkbox"/> Original <input type="text"/>	Modificación <input type="text" value="Prórroga orden de compra No. 157646"/>
--------------------------------	---	---

Tomador/ Afianzado	ALFA AM S.A.S
--------------------	---------------

Beneficiario/ Asegurado	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	No. Poliza	<input type="text" value="4416939"/>
-------------------------	--------------------------------	------------	--------------------------------------

Compañía aseguradora	SURA	Fecha exp.	<input type="text" value="16/02/2026"/>
----------------------	------	------------	---

Amparo	Requiere / No requiere	Inicio Vigencia	Vencimiento Vigencia	Valor Asegurado	Revisión	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	REQUIERE	11/12/2025	10/11/2026	\$10.999.038,00	Correcto <input checked="" type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	REQUIERE	10/05/2026	10/05/2028	\$21.998.076,00	Correcto <input checked="" type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
CALIDAD DEL SERVICIO	REQUIERE	10/05/2026	10/05/2028	\$21.998.076,00	Correcto <input checked="" type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	NO REQUIERE				Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>

Observaciones
N/A

Reviso: Cargo:	<u>Reinaldo Sánchez G.</u> Jefe Oficina Jurídica	<u>17/02/2026</u> Fecha de aprobación
---------------------------------	--	---