

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3607013756**

**PÓLIZA No: 360-47-994000055254 ANEXO: 0**

|  |                                     |                    |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
|--|-------------------------------------|--------------------|-----|-----|----|----|------|--|-----|-----|-----|----|----|------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: <b>SANTA PAULA</b>   | COD. AGENCIA: 360                   | RAMO: 47           |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
| TIPO DE MOVIMIENTO: <b>EXPEDICION</b>  | TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b> |                    |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
| <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>11</td> <td>2025</td> </tr> </table> |                                     | DIA                | MES | AÑO | 28 | 11 | 2025 | <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>11</td> <td>2025</td> </tr> </table> | DIA | MES | AÑO | 28 | 11 | 2025 |
| DIA  | MES                                 | AÑO                |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
| 28   | 11                                  | 2025               |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
| DIA  | MES                                 | AÑO                |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
| 28   | 11                                  | 2025               |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |
| FECHA DE EXPEDICIÓN  |                                     | FECHA DE IMPRESIÓN |     |     |    |    |      |  |     |     |     |    |    |      |

**DATOS DEL AFIANZADO**

|                                   |   |                             |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| NOMBRE: <b>ASECOLBAS LTDA</b>     | IDENTIFICACIÓN: NIT                           | <b>860.518.600-4</b>        |
| DIRECCIÓN: <b>CL 166 NO 18-26</b> | CIUDAD: <b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL</b> | TELÉFONO: <b>3188950487</b> |

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

|  |                     |                      |
|--|---------------------|----------------------|
| ASEGURADO: <b>. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS - DANE</b>    | IDENTIFICACIÓN: NIT | <b>899.999.027-8</b> |
| BENEFICIARIO: <b>. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS - DANE</b> | IDENTIFICACIÓN: NIT | <b>899.999.027-8</b> |

**AMPAROS**

| GIRO DE NEGOCIO: <b>ORDEN DE COMPRA</b> | DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|----------------|----------------|----------------|
|   | ORDEN DE COMPRA                               |                |                |                |
|   | CUMPLIMIENTO                                  | 28/11/2025     | 31/07/2027     | 6,190,501.68   |
|   | PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 28/11/2025     | 31/07/2027     | 4,642,876.26   |
|   | CALIDAD DEL BIEN                              | 28/11/2025     | 31/07/2027     | 3,095,250.84   |

BENEFICIARIOS  
NIT 899999027 - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS - DANE, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE ORDEN DE COMPRA

VALIDACIÓN DE AUTENTICIDAD DE PÓLIZAS

SI USTED DESEA VERIFICAR LA VALIDEZ DE LA POLIZA RECIBIDA PUEDE CONSULTAR DESDE NUESTRA PÁGINA WEB O EN EL SIGUIENTE LINK <https://www.solidariacomcoPatrimonialesConsultafrmingdatos.aspx>

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 DE ORDEN DE COMPRA NO 156496 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON A\_02\_SERVICIOS SOPORTE\_2025 PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y CAFETERÍA PARA LA TERRITORIAL NORTE EN LA SEDE DE SAN ANDRÉS.

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

-DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS - DANE / ATLANTICO  
NIT. 899.999.027

|  |                                |                                       |                        |                                   |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ ****13,928,628.78 | VALOR PRIMA:<br>\$ *****85,844 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$****11,000.00 | IVA:<br>\$ *****18,400 | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****115,245 |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|----------------------|-------|-------|----------------------------------|-------|-----------------|
|                      |       |       |                                  |       |                 |

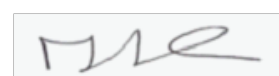
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO 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](mailto:GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO), PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO [GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO](mailto:GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO) Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: [https://www.solidaria.com.co/wa\\_digitalclient/#login](https://www.solidaria.com.co/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 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 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](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)00000000007000360701375

  
**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CDDE207F0F0EFF795A

CLIENTE



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

# PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA

COD. AGENCIA: 360

RAMO: 47

No PÓLIZA: **994000055254** ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ASECOLBAS LTDA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **860.518.600-4**

ASEGURADO: . **DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS - DANE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.027-8**

BENEFICIARIO: . **DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS - DANE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.027-8**

## TEXTO ITEM 1

CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA

POR DISPOSICIÓN DEL ARTIULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA