

POLIZA SEGURO MANEJO SECTOR OFICIAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3260374693

PÓLIZA No: 326 -64 - 994000000566 ANEXO:0

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----------------------|-----|------|----------------|-----|-----|-------------------------------------|-------|-----|--------------------|------|--|
| AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA EL PRADO | | | COD. AGE: 326 | | | RAMO: 64 | | | PAP: | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | |
| 02 | 03 | 2021 | 02 | 03 | 2021 | 23:59 | 02 | 03 | 2022 | 23:59 | 03 | 03 | 2021 | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | VIGENCIA DESDE | | | VIGENCIA HASTA | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | | | | | | | | | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|-------|--|--|------|--|--|
| TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION | | | VIGENCIA DEL ANEXO | | | DIA | | | MES | | | AÑO | | | HORAS | | | DIA | | | MES | | | AÑO | | | HORAS | | | DIA | | | | | |
| | | | 02 | | | 03 | | | 2021 | | | 23:59 | | | 02 | | | 03 | | | 2022 | | | 23:59 | | | 03 | | | 03 | | | 2021 | | |
| | | | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|
| NOMBRE: MUNICIPIO SALAMINA | | | IDENTIFICACIÓN: NIT | | | 891.780.053-9 | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 7 # 2-13 | | | CIUDAD: SALAMINA, MAGDALENA | | | TELÉFONO: 4180017 | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|
| ASEGURADO: MUNICIPIO SALAMINA | | | IDENTIFICACIÓN: NIT | | | 891.780.053-9 | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 7 # 2-13 | | | CIUDAD: SALAMINA, MAGDALENA | | | TELÉFONO: 4180017 | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------|--|--|----------------------|--|--|
| BENEFICIARIO: MUNICIPIO SALAMINA | | | IDENTIFICACIÓN: NIT | | | 891.780.053-9 | | |
|---|--|--|---------------------|--|--|----------------------|--|--|

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|--|--|
| ITEM: 1 | | | ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL | | |
| AFIANZADO : MUNICIPIO SALAMINA | | | | | |
| AMPAROS | | | SUMA ASEGURADA | | |
| DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA | | | 230,000,000.00 | | |
| FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL | | | 230,000,000.00 | | |
| RENDICION DE CUENTAS | | | 230,000,000.00 | | |
| RECONSTRUCCION DE CUENTAS | | | 230,000,000.00 | | |
| DEDUCIBLES: 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV en DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA/FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL/RENDICION DE CUENTAS/RECONSTRUCCION DE CUENTAS | | | | | |

BENEFICIARIOS
NIT 891780053 - MUNICIPIO SALAMINA

OBJETO DEL SEGURO: En consideración a las declaraciones que el tomador hace en la solicitud de seguro, se ampara al asegurado con sujeción a las condiciones generales de la póliza, contra la apropiación indebida de dinero u otros bienes de su propiedad que aconteciere como consecuencia de los conceptos determinados en el ítem de amparos, de acuerdo con su definición legal, en que incurriera su empleado, debidamente determinado y sea cometido durante la vigencia de la póliza.

LIMITE ASEGURADO: Col \$230.000.000 en el Agregado Anual, limitado a \$23.000.000 por evento

DEDUCIBLES: Todo Evento: 15% toda y cada pérdida, mínimo (3) SMMLV.

CONDICIONES GENERALES: Póliza Global de Manejo Sector Oficial de la forma: /08/2020-1502-P-13-GENER-CL-SUSG-32-D001 - 21/08/2020-1502-NT-P-13-P210820MGG5G5000.
clausulado citado lo puede consultar en:
<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/PJ/Estatad/Financiero/cla-pj-se-financiero-man-ejo-global-oficial-09102020.pdf>

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--------------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***230,000,000.00 | | VALOR PRIMA: \$ *****10,909,369 | | GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00 | | IVA: \$ ****2,075,630 | | TOTAL A PAGAR: \$ *****13,000,000 | |
| INTERMEDIARIO | | CLAVE | | %PART | | COASEGURO CEDIDO | | %PART | |
| ABEL AURELIO ANILLO MANOTAS | | 6991 | | 100.00 | | | | | |
| NOMBRE | | CLAVE | | %PART | | NOMBRE COMPAÑIA | | %PART | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | VALOR ASEGURADO | |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR** 

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CDDA26780C08F87856 **CLIENTE**  NUESCOBAR 0

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

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

POLIZA SEGURO MANEJO SECTOR OFICIAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3260299510

PÓLIZA No: 326 -64 - 994000000502 ANEXO:0

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----------------------|----------------------|-----|----------|-------|----------------------|-----|------|-------|---------------------------------------|-----|------|-------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA EL PRADO | | | | COD. AGE: 326 | | RAMO: 64 | | PAP: | | | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS |
| 02 | 03 | 2020 | | 02 | 03 | 2020 | 23:59 | 02 | 03 | 2021 | 23:59 | 02 | 03 | 2020 | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DESDE A LAS | | | | VIGENCIA HASTA A LAS | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | | |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | | | | | | | | | | | | TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------|--|----------------------|-----|------|-------|----------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|-------|
| TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION | | VIGENCIA DEL ANEXO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS |
| | | | | 02 | 03 | 2020 | 23:59 | 02 | 03 | 2021 | 23:59 | 02 | 03 | 2021 | 23:59 |
| | | | | VIGENCIA DESDE A LAS | | | | VIGENCIA HASTA A LAS | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| DATOS DEL TOMADOR | | IDENTIFICACIÓN: NIT | | 891.780.053-9 | |
| NOMBRE: MUNICIPIO SALAMINA | | | | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 7 # 2-13 | | CIUDAD: SALAMINA, MAGDALENA | | TELÉFONO: 4180017 | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO | | IDENTIFICACIÓN: NIT | | 891.780.053-9 | |
| ASEGURADO: MUNICIPIO SALAMINA | | | | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 7 # 2-13 | | CIUDAD: SALAMINA, MAGDALENA | | TELÉFONO: 4180017 | |

| | | | | | |
|---|--|---------------------|--|----------------------|--|
| BENEFICIARIO: MUNICIPIO SALAMINA | | IDENTIFICACIÓN: NIT | | 891.780.053-9 | |
|---|--|---------------------|--|----------------------|--|

| | |
|------------------------------------|--|
| DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS | |
| ITEM: 1 ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL | |

| | |
|--|----------------|
| AFIANZADO : MUNICIPIO SALAMINA | |
| AMPAROS | SUMA ASEGURADA |
| DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA | 200,000,000.00 |
| FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL | 200,000,000.00 |
| RENDICION DE CUENTAS | 200,000,000.00 |
| RECONSTRUCCION DE CUENTAS | 200,000,000.00 |

DEDUCIBLES: 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 5.00 SMMLV en DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA/FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL/RENDICION DE CUENTAS/RECONSTRUCCION DE CUENTAS

BENEFICIARIOS
NIT 891780053 - MUNICIPIO SALAMINA

OBJETO DEL SEGURO: En consideración a las declaraciones que el tomador hace en la solicitud de seguro, se ampara al asegurado con sujeción a las condiciones generales de la póliza, contra la apropiación indebida de dinero u otros bienes de su propiedad que aconteciere como consecuencia de los conceptos determinados en el ítem de amparos, de acuerdo con su definición legal, en que incurriera su empleado, debidamente determinado y sea cometido durante la vigencia de la póliza.

LIMITE ASEGURADO: Col \$200.000.000 en el Agregado Anual, limitado a \$20.000.000 por evento

DEDUCIBLES: Todo Evento: 15% toda y cada pérdida, mínimo (5) SMMLV.

CONDICIONES GENERALES: Póliza Global de Manejo Sector Oficial de la forma
16/03/2018-1502-P-13-GENER-CL-SUSG-21-DOOI V.3 - 03092014-1502-NT-P-13-P310814001030000.

CARGOS ASEGURADOS:
" ALCALDE

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***200,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****10,573,234 | GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,001.00 | IVA: \$ ****2,011,765 | TOTAL A PAGAR: \$ *****12,600,000 |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO CEDIDO | | |
| NOMBRE ABEL AURELIO ANILLO MANOTAS | CLAVE 6991 | %PART 100.00 | NOMBRE COMPAÑIA | %PART |
| | | VALOR ASEGURADO | | |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000326029951

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CDDA26780D06F57B5E

CLIENTE

NUESCOBAR 0



Información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

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

POLIZA SEGURO MANEJO SECTOR OFICIAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3260233923

PÓLIZA No: 326 -64 - 9940000000373 ANEXO:0

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----------------------|----------------|-----|------|-------|----------|-----|------|-------|-------------------------------------|-----|-----|-------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA EL PRADO | | | | COD. AGE: 326 | | | | RAMO: 64 | | | | PAP: | | | |
| DIA | MES | AÑO | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS |
| 25 | 02 | 2019 | | 25 | 02 | 2019 | 23:59 | 25 | 02 | 2020 | 23:59 | 365 | 25 | 02 | 2019 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DESDE | | | | A LAS | | | | VIGENCIA HASTA | | | |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | | | | | | | | | | | | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESIÓN | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-----|--|--|--|
| TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DEL ANEXO | | | | DIA | | | | MES | | | | AÑO | | | | HORAS | | | | DIA | | | | MES | | | | AÑO | | | | HORAS | | | | DIA | | | |
| | | | | 25 | | | | 02 | | | | 2019 | | | | 23:59 | | | | 25 | | | | 02 | | | | 2020 | | | | 23:59 | | | | 365 | | | | | | | |
| | | | | VIGENCIA DESDE | | | | A LAS | | | | VIGENCIA HASTA | | | | A LAS | | | | VIGENCIA DESDE | | | | A LAS | | | | VIGENCIA HASTA | | | | A LAS | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| DATOS DEL TOMADOR | | | |
| NOMBRE: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 7 # 2-13 | | | |
| CIUDAD: SALAMINA, MAGDALENA | | | |
| IDENTIFICACIÓN: NIT 891.780.053-9 | | | |
| TELÉFONO: 4180017 | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO | | | |
| ASEGURADO: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 7 # 2-13 | | | |
| CIUDAD: SALAMINA, MAGDALENA | | | |
| IDENTIFICACIÓN: NIT 891.780.053-9 | | | |
| TELÉFONO: 4180017 | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| BENEFICIARIO: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| IDENTIFICACIÓN: NIT 891.780.053-9 | | | |

| | | | |
|---|--|----------------|----------------|
| DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS | | | |
| ITEM: 1 ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL | | | |
| AFIANZADO: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| AMPAROS | | SUMA ASEGURADA | SUBLIMITE |
| DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA | | 150,000,000.00 | |
| FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL | | | 150,000,000.00 |
| RENDICION DE CUENTAS | | | 150,000,000.00 |
| RECONSTRUCCION DE CUENTAS | | | 150,000,000.00 |
| DEDUCIBLES: 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMLLV en DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA/FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL/RENDICION DE CUENTAS/RECONSTRUCCION DE CUENTAS | | | |
| BENEFICIARIOS NIT 891780053 - MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| TOMADOR: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| ASEGURADO: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| BENEFICIARIO: MUNICIPIO DE SALAMINA | | | |
| AFIANZADOS: Alcalde, Tesorero, Secretaria de Planeación, Secretario General y de Gobierno y Secretario de Salud. | | | |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TOMADOR: Alcaldia Municipal | | | |
| UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: Cabecera Municipio de Salamina | | | |
| CONDICIONES GENERALES: Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 16/03/2018-1502-P-13-GENER-CL-SUSG-21-DOOI V.3 03092014-1502-NT-P-13-P310814001030000 | | | |
| AMPARO BASICO: | | | |

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***150,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****10,069,034 | GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00 | IVA: \$ ****1,915,966 | TOTAL A PAGAR: \$ *****12,000,000 |
| INTERMEDIARIO | | | | |
| NOMBRE ABEL AURELIO ANILLO MANOTAS | CLAVE 6991 | %PART 100.00 | NOMBRE COMPAÑIA | VALOR ASEGURADO |
| | | | COASEGURO CEDIDO | |
| | | | %PART | |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000000700326023392

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 6 y 12 Bogotá

NUESCOBAR 0

CDRA20780D0CFE775D

CLIENTE

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2409 DIC 93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE