

**FORMATO LEGALIZACION CONTRATOS , ORDENES DE TRABAJO Y PRESTACION DE SERVICIOS**



**CONTRATO** OS0000009379 DE 2020

**OBJETO** VISITA DE INSPECCIÓN VISUAL DE PATOLOGIAS Y RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO A LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE DE LOS MUNICIPIOS DE FILADELFIA, SAMANA, Y AGUADAS, DEPARTAMENTO DE CALDAS

**MUNICIPIO** VARIAS SECCIONALES  
**VALOR** \$4.105.500

**CONTRATISTA** C&F CONSULTORIA, DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN S.A.S.  
**NIT** 901250511-2  
**PLAZO** 15 DÍAS CALENDARIO

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO No.** 16 SP000984

**POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** 16 RO011721  
**COMPANIA DE SEGUROS** CONFIANZA S.A.

GARANTIA	CUMPLE	VIGENCIA		VALOR AMPARADO
		DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO	SI	29-may-20	14-sep-20	\$ 1.231.650,00
SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIÓN LABORAL	SI	29-may-20	14-jun-23	\$ 821.100,00
CALIDAD DEL SERVICIO	SI	29-may-20	14-dic-20	\$ 821.100,00
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	SI	29-may-20	14-sep-20	\$ 1.231.650,00

REQUISITOS LEGALIZACION	CUMPLE
ESTAMPILLA PRODESARROLLO	NA
ESTAMPILLA PROUNIVERSIDAD	NA
ESTAMPILLA PROHOSPITAL STA SOFIA	NA
ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR	NA
CLAUSULAS EXORBITANTES	NA

LOS AMPAROS ANTERIORES SE ENCUENTRAN CONFORME A LA EXIGENCIA CONTRACTUAL, CUMPLE CON LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ADEMAS SE AJUSTA A LO ESTIPULADO EN ORDEN DE SERVICIO N° 9379 DE 2020

LA PRESENTE SE APRUEBA Y FIRMA A LOS

**WILDER IBERSON ESCOBAR ORTIZ**  
Gerente

**ANDRES FELIPE TABA ARROYAVE**  
Secretario General

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES DE SERVICIOS PUBLICOS**

Póliza 16 SP000984  
 CERTIFICADO 16 SP001246

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1622001246

SUCURSAL: 16. MANIZALES USUARIO: OCAMPOC TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA: DD MM AAAA 03 06 2020

**TOMADOR/GARANTIZADO:** C&F CONSULTORIA, DISEÑO Y CONSTRUCCION S A S C.C. O/NIT: 901250511 2  
**DIRECCIÓN:** CR 8 45 C 01 CA D 1 CIUDAD: MANIZALES  
**E-MAIL:** ocpatnov@hotmail.com TELÉFONO: 3186904248  
**ASEGURADO:** EMPRESA DE OBRAS SANITARIAS DE CALDAS S.A. E.S.P. - EMPOCALDAS S.A. E.S.P. C.C. O/NIT: 890803239 9  
**DIRECCIÓN:** CR 23 75 82 MILAN CIUDAD: MANIZALES TEL: 8667080  
**BENEFICIARIO:** EMPRESA DE OBRAS SANITARIAS DE CALDAS S.A. E.S.P. - EMPOCALDAS S.A. E.S.P. C.C. O/NIT: 890803239 9  
**DIRECCIÓN:** CR 23 75 82 MILAN CIUDAD: MANIZALES TEL: 8667080

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN
DESDE 29 05 2020	HASTA 14 06 2023		NUEVA 2,873,850.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		
%	NOMBRE	COMPANIA	%	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF			3,651.42	PESOS	45,000.00
					PESOS	7,000.00
					PESOS	9,880.00
						61,880.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	29-05-2020	14-06-2023	0.00	1,231,650.00	15,000.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALE	29-05-2020	14-06-2023	0.00	821,100.00	15,000.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	29-05-2020	14-12-2020	0.00	821,100.00	15,000.00	0.00	0.00

**OBJETO:**  
 AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA ORDEN SERVICIOS N° OC0000009378 CELEBRADO POR LAS PARTES, REFERENTE A VISITA E INSPECCION VISUAL DE PATOLOGIAS TANQUES DE ALMACENAMIENTO EN AGDAS. F/DELFINA Y SAMANA, CDPO380

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBAROS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROPORCIONA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA NI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PODRÁ EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.  
 ESTA PÓLIZA SE EXPONE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.  
 CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CONTENIDO ACABARRARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.  
 CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WWW.CONFIANZA.CO.  
 Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA S.A. EN TODO EL PAÍS.  
 "VER NOTA:" EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.11 DEL DECRETO 2886 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.91.2.14 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (REGIMEN COMUNITARIO DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.  
 SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.  
 LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.  
 LA PRESENTE GARANTÍA NO EXIMIRÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑÍA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1989.  
 AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR, Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCAMENTE DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUEON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.  
 EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA BU-00-01-M ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 16782012013064 / 2/2016 NUMERACION AUTORIZADA DEL REG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE REG. 000962 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 8511

*[Firma]*  
 TOMADOR  
 (415)7709969811001(8020)1622001246  
 COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA



