SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 23 DE MARZO DE 2024	3884161-1		15634813
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	2447	4033	01215634813

TOMADOR

NIT	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
8909825977	INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 51 NO. 63-87		COPACABANA	6043059201

GARANTIZADO

NIT	Nombres y Apellidos
8909825977	INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999992392	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIIONAL ANTIOQUIA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CALIDAD DEL SERVICIO	01-ABR-2024	31-MAY-2025	105.764.630,00	492.602,00
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01-ABR-2024	31-MAY-2025	105.764.630,00	492.602,00
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01-ABR-2024	30-NOV-2027	105.764.630,00	1.163.121,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01-ABR-2024	30-NOV-2027	1338	01-ABR-2024	30-NOV-2027	$2.148.325	$408.182	$2.556.507

VALOR A PAGAR EN LETRAS
DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SIETE PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$317.293.890	$1.163.412	$317.293.890,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	4033	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
2447	ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	2.148.325

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Contrato de aporte
NRO. DE CONTRATO 05006972024.
.
.
.OBJETO: BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO
ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN EL SERVICIO COMPLEMENTARIO APOYO
PSICOLOGICO ESPECIALIZADO DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS
POR EL ICBF

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3884161–1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** y Asegurado y/o Beneficiario es **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIIONAL ANTIOQUIA** y su documento 15634813 expedida el día 23 de Marzo de 2024 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$2,148,325
Impuestos	$	$408,182
Total	$	$2,556,507

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 23 días del mes de Marzo de 2024.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3884161–1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** y Asegurado y/o Beneficiario es: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIIONAL ANTIOQUIA** y su documento 15634813 expedida el día 23 de Marzo de 2024 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 23 días del mes de Marzo de 2024.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A