SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
Municipio de Soledad

ALCALDÍA de SOLEDAD

ACTA APROBACION DE POLIZA

I. VERFICACION
Una vez aportada las pólizas que más adelante se relaciona por parte de la E.S.E EL MATERNO, en relación al cubrimiento de garantías y porcentaje solicitados en relación al plazo del contrato y presupuesto oficial, se aprueban una vez verificadas con las exigencias estipuladas en los estudios previos y contrato, así:

II. DATOS BASICOS						
TIPO DE CONTRATACION:	**DIRECTA**	X	**MINIMA**		**MENOR C,**	
TIPO DE PROCESO:	**CONTRATO**	X	**CONVENIO**		**No.**	SS-CD-2024-001
OBJETO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC - VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD-ATLÁNTICO:					
VALOR DEL CONTRATO:	TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES ($3.242.0000.000)			**PLAZO:**	Nueve (09) meses	
SUPERVISOR:	EDISON BARRERA REYES			**CARGO:**	Secretario de Salud	
FECHA DE INICIO:	09-04-2024		**FECHA FINAL:**		31-12-2024	

III. INFORMACION FINANCIERA				
NUMERO CDP: 062400255	**FECHA EXP**	18-03-2024	**VALOR**	TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES ($3.242.0000.000)
NUMERO RP: 092400784	**FECHA EXP**	**01-04-2024**	**VALOR**	TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES ($3.242.0000.000)

IV. POLIZAS

ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

CUMPLIMIENTO

FECHA EXP: 09-04-2024
No: 320 47 994000028356

AMPARO	PLAZO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	POCENTAJE VALOR A ASEGURAR	VALOR ASEGURADO
Cumplimiento	Plazo del contrato y cuatro meses mas	01-04-2024	01-05-2024	20%	648.400.000
Prestaciones sociales		01-04-2024	01-01-2027	5%	162.100.000
Calidad del servicio		01-04-2024	01-05-2024	20%	648.400.000

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

FECHA EXP: 09-04-2024
No: 320 74 994000013585

AMPARO	PLAZO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SMMVL A ASEGURAR	VALOR ASEGURADO
Predios, labores y operaciones	Plazo del contrato y cuatro meses mas	01-04-2024	01-05-2024	**200 SMMVL**	260.000.000
Contratistas y subcontratistas		01-04-2024	01-05-2024		260.000.000
RCE Patronal		01-04-2024	01-05-2024		260.000.000
Vehículos propios y no propios		01-04-2024	01-05-2024		260.000.000

PROYECTO: Abog. AMOR PADILLA COBA

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202371161

PÓLIZA No: 320 - 47 - 994000028356 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGENCIA: 320 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
05	04	2024	05	04	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.013.023-5**

DIRECCIÓN: CARRERA 40 33 06 CIUDAD: SOLEDAD, ATLÁNTICO TELÉFONO: 6053742567

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MUNICIPIO DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.106.291-2**

BENEFICIARIO: **MUNICIPIO DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.106.291-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	27/03/2024	27/04/2025	648,400,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	27/03/2024	27/12/2027	162,100,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	27/03/2024	27/04/2025	648,400,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 890106291 - MUNICIPIO DE SOLEDAD

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO:

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 DEL NO. SS-CD-2024 -001,, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC - VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD- ATLÁNTICO. SEGUNDA. - COMPROMISOS Y/O OBLIGACIONES DE LAS PARTES: A. COMPROMISOS Y/O OBLIGACIONES GENERALES POR LA LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,458,900,000.00	$ *******20,153,693	$****15,000.00	$ ****3,832,052	$ *******24,000,745

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
FARIAT SIRETH LUNA YABER	9827	100.00

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 FIDEDIGNOS 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, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO 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

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 QUIÉN 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 2.012, 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

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320237116

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CDDA207A0C08FD7F59

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

Compañía de Seguros

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

3202371195

PÓLIZA No: 320 -74 - 994000013585 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 74 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
05	04	2024		27	03	2024	23:59		27	12	2024	23:59		275	05	04	2024

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS
	27	03	2024	23:59		27	12	2024	23:59		275

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.013.023-5**

DIRECCIÓN: CARRERA 40 33 06 CIUDAD: SOLEDAD, ATLÁNTICO TELÉFONO: 6053742567

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.013.023-5**

DIRECCIÓN: CARRERA 40 33 06 CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: 6053742567

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADE NIT : 802013023

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO CIUDAD: SOLEDAD

DIRECCION: CALLE 0 NORTE NO. 0-0 SUR

ACTIVIDAD: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: COMERCIAL MANZANA: -1SUR-1

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 260,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	260,000,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	260,000,000.00		
	RCE PATRONAL	260,000,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	260,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL CONTINE ADEMÁS DE LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, LOS SIGUIENTES AMPAROS:

3.1. COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS POR DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE. $260.000.000
3.2. COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES. $260.000.000
3.3. COBERTURA EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD SURGIDA POR ACTOS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS, SALVO QUE EL SUBCONTRATISTA TENGA SU PROPIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL, CON LOS MISMOS AMPAROS AQUÍ REQUERIDOS. $260.000.000
3.4. COBERTURA EXPRESA DE AMPARO PATRONAL. $ 260.000.000
3.5. COBERTURA EXPRESA DE VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. $ 260.000.000

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***260,000,000.00	$ ********1,958,904	$**********0.00	$ ******372,192	$ ********2,331,096

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
FARIAT SIRETH LUNA YABER	9827	100.00

COASEGURO CEDIDO

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)000000000007000320237119

FIRMA TOMADOR

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

AMVILLEGAS 0

CDDA207A0C08FD7F56

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

Compañía de Seguros

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

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47 COD. AGENCIA: 320 RAMO: 74 No PÓLIZA: **994000013585** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.013.023-5**

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.013.023-5**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO # SS-CD-2024 -001, REFERENTE ACONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC - VIGENCIA 2024 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD- ATLÁNTICO

CLIENTE

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **994000013585** ANEXO: **0** TIPO DE MOVIMIENTO: **0** PAGINA: **3**

TOMADOR: **E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** IDENTIFICACION: **802.013.023-5**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFA	802013023-5	CALLE 0 NORTE NO. 0-0 SUR	SOLEDAD	260,000,000.00	1,958,904	2,331,096

PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
1,958,904	2,331,096