ACTA DE APROBACIÓN DE GARANTIA

En cumplimiento de lo establecido en el Manual de contratación se procede a aprobar la Garantía Única de Cumplimiento y demás garantías exigidas, cuando a ello hubiese lugar, según la información que se señala:

Nº de Contrato:	**05017912024**
Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO
Nº Póliza de Garantía Única de Cumplimiento:	**16234281**
Nº Póliza de Respons. Civil Extracontractual	14058996
Aseguradora:	SURAMERICANA
Fecha de expedición de la póliza	20 DE NOVIEMBRE DE 2024

Valor del contrato	**$ 182.529.731**
VALOR TOTAL	**$ 182.529.731**

%	AMPARO	EXIGIDO EN EL CONTRATO		VLR ASEGURADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
		DESDE	HASTA		
20	CALIDAD DE SERVICIO	20/11/2024	1/07/2025	$ 36.505.946,20	CUMPLE
20	CUMPLIMIENTO	20/11/2024	1/07/2025	$ 36.505.946,20	CUMPLE
20	PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACION ES LABORALES	20/11/2024	31/12/2027	$ 36.505.946,20	CUMPLE
200SMLVV	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	20/11/2024	31/12/2024	$ 260.000.000	CUMPLE

Verificados los amparos, valores y vigencias contenidas en la póliza analizada, la misma se ajusta plenamente a lo requerido en el contrato y en consecuencia se imparte la aprobación a la(s) garantía(s) a los 20 días del mes de Noviembre de 2024.

EDGAR QUEVEDO MORENO
Director (E)Regional Antioquia

Revisó y Aprobó Orlando Guzman BenitezCoordinador Grupo Juridico
Elaboró Alexia Maria Vélez Vélez/Auxiliar Administrativo Grupo Juridico

Número Póliza: 4091616

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO

Este documento es la carátula de tu seguro y contiene la información del compromiso que SURA adquiere contigo.



INFORMACION DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	NIT	8909815363
Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
CR 24 # 13 466 SECT EL REPOSO	YOLOMBO	8654859

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	NIT	8909815363	CR 24 # 13 466 SECT EL REPOSO	YOLOMBO	3165248182

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	NIT	8999992392

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento	Operación	Oficina	Ciudad expedición	Fecha de expedición
16234281	POLIZA NUEVA	4037	MEDELLIN	2024-11-20
Forma de pago	**Número de riesgos vigentes**	**Referencia de pago**	**Producto**	**Moneda**
CONTADO	1	01216234281	SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA)	PESO COLOMBIANO

COBERTURAS

Nombre	Fecha inicial	Fecha vencimiento	Valor asegurado	Prima
CALIDAD DEL SERVICIO	20-NOV-2024	01-JUL-2025	$36.505.946,00	$89.215
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	20-NOV-2024	01-JUL-2025	$36.505.946,00	$89.215
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	20-NOV-2024	31-DIC-2027	$36.505.946,00	$340.856

VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA	Valor IVA	Total a pagar	Valor asegurado	Total valor asegurado
$519.286	$98.664	$617.950	$109.517.838,00	$109.517.838,00

VALOR A PAGAR EN LETRAS : SEISCIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/L

VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

Vigencia movimiento desde	Vigencia movimiento hasta	Número de dias	Vigencia póliza desde	Vigencia póliza hasta
20-NOV-2024	31-DIC-2027	1136	20-NOV-2024	31-DIC-2027

Ramo	Producto	Oficina	Usuario
012	NDX	4037	CUM001

INTERMEDIARIO

Nombres y apellidos o razón social	Código	Compañía	Categoría	% participación	Prima
ALEJANDRA CANO CADAVID	55125	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100%	519.286

COASEGURO

Tipo coaseguro	Número póliza líder	Documento compañía líder
DIRECTO		

CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Nombre	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación interna de la proforma	Canal de comercialización
CLAUSULADO	2017-01-01	13 - 18	P	05	F-01-12-084	D001
NOTA TÉCNICA	2017-06-25	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011	

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

CONTRATO Nº 05017912024
OBJETO DEL CONTRATO: AUNAR ESFUERZOS HUMANOS, TECNICOS, TECNOLÓGICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD 1.000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA.

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890.903.407-9 Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 003961 de 2010. Responsable de Impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención.

INFORMACIÓN ADICIONAL

LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA PROFORMA. F-01-12-084 LAS CUALES SE ADJUNTAN.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

Firma tomador

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VALIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE, LA PRIMA SOLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

Numero Póliza 0130009939135

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Hola, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO

Este documento es la carátula de tu seguro y contiene la información del compromiso que SURA adquiere contigo.



INFORMACIÓN DEL TOMADOR/CONTRATANTE

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	NIT	8909815363
Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
CR 24 # 13 466 SECT EL REPOSO	YOLOMBO	8654859

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	NIT	8909815363

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
TERCEROS AFECTADOS		

INFORMACIÓN BASICA DE LA PÓLIZA

Número de documento	Operación	Oficina y ciudad expedición	Fecha expedición	Moneda
14058996	POLIZA NUEVA	4037 - MEDELLIN	2024-11-20	PESO COLOMBIANO
Forma de pago	**Número de riesgos vigentes**	**Referencia de pago**	**Producto**	**Indice variable**
ANUAL	1	01314058996	SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADO DE CUMPLIMIENTO	0%

INFORMACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dirección	Ciudad	Departamento	Descripción sector
CR 24 # 13 466 EL	YOLOMBO	ANTIOQUIA	SECTOR SERVICIOS
Actividad	**Código actividad**	**Descripción riesgo**	**Riesgo numero**
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES	153		1

COBERTURAS

Nombre	Valor asegurado	Valor movimiento	Indice variable	Prima	Valor IVA	Valor total a pagar
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	$260.000.000,00	$260.000.000	0%	$87.616	$16.647	$104.263

DEDUCIBLES Y VALORES ASEGURADOS POR COBERTURA

Cobertura	Valor asegurado	Deducible
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	$260.000.000,00	15% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 60 SMDLV

VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA	Valor IVA	Total a pagar
$87.616	$16.647	$104.263
Valor asegurado	**Valor índice variable**	**Total valor asegurado**
$260.000.000	0%	$260.000.000

VALOR A PAGAR EN LETRAS : CIENTO CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/L

VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

Vigencia movimiento desde	Vigencia movimiento hasta	Número de días	Vigencia póliza desde	Vigencia póliza hasta
20-NOV-2024	31-DIC-2024	41	20-NOV-2024	31-DIC-2024

Ramo	Producto	Oficina	Usuario
013	AG5	4037	CUM001

INTERMEDIARIO

Nombres y apellidos o razón social	Código	Compañía	Categoría	% participación	Prima
ALEJANDRA CANO CADAVID	55125	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100%	87.616

COASEGURO

Tipo coaseguro	Número póliza líder	Documento compañía líder
DIRECTO		

CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Nombre	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación interna de la proforma	Canal de comercialización
CLAUSULADO	2009-06-01	13 - 18	P	6	F-01-13-040	

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS :

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POLIZA DE CUMPLIMIENTO
0120049916 NO. DE CONTRATO 05017912024
LA PRESENTE POLIZA CUENTA CON UNA COBERTURA DE 260.000.000 PARA CUBRIR LOS
PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO TANTO EN LA MODALIDAD DE DAÑO EMERGENTE, COMO
EN LA MODALIDAD DE LUCRO CESANTE; AL IGUAL QUE LA DE PERJUICIOS
EXTRAPATRIMONIALES
CONTRATO N° 05017912024
OBJETO DEL CONTRATO: AUNAR ESFUERZOS HUMANOS, TECNICOS, TECNOLÓGICOS,
ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA MODALIDAD 1.000 DIAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE
SALUD COLOMBIANO PARA LA ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA
MODERADA Y SEVERA

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890 903 407-9 Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009961 de 2010. Responsable de impuesto sobre las ventas régimen común. Agentes de retención.

INFORMACIÓN ADICIONAL

DEFINICIONES:SMMLV SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE - SMDLV SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE - SUBLÍMITE TODOS LOS VALORES ESTABLECIDOS COMO SUBLIMITES EN CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA SE ENTIENDEN, INCLUIDOS DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA O LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD ASEGURADO, Y POR LO TANTO NO ADICIONAN VALOR ASEGURADO.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO: LA MORA DEL 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 AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN.

INFORMACIÓN ADICIONAL

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

Tomador

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VALIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE, LA PRIMA SOLO SERÁ ABONADA A EL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.