ACEPTACIÓN DE POLIZA

Por medio del presente documento se acepta la póliza de cumplimiento No. **14-44-101233410, Anexo No. 0** de fecha 10 de abril de 2025, expedida por la compañía **SEGUROS DEL ESTADO SAS, Nit. 860.009.578-6,** con la cual **E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA** identificado con NIT: 860.035.447-1, representada legalmente por LUZ MERY ACOSTA VARGAS identificado con CC. 22.519.519 de Barranquilla, está garantizando el cumplimiento derivado del Contrato No. CD-CON-INTER003-173 DE 2025, cuyo objeto es **"PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE GUASCA CUNDINAMARCA",** de acuerdo con las especificaciones de los estudios y la oferta presentada por el contratista se cumple con lo establecido, es decir, el aseguramiento del contrato con los amparos de:

a) **Cumplimiento de las obligaciones contractuales:** El valor asegurado es equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (04) meses más, contados a partir de la fecha de suscripción.
b) **Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales:** El valor asegurado es equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y tres (03) años más.

ESPECIFICACIONES DE LA POLIZA.

COMPAÑÍA DE SEGUROS	**SEGUROS DEL ESTADO SAS** **Nit. 860.009.578-6**
TOMADOR/ AFIANZADO	**E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA** **NIT: 860.009.578-6** R/L LUZ MERY ACOSTA VARGAS C.C. 22.519.519 de Barranquilla DIRECCION: Calle 4 # 1-68 – Guasca – Cundinamarca. Teléfono: 8831515
ASEGURADO – BENEFICIARIO	MUNICIPIO DE GUASCA NIT. No. 899.999.442-1 DIRECCIÓN: Calle 4 N°3-48 TELEFONO: 8573161

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
Cumplimiento	03/04/2025	03/04/2026	$ 21.420.000
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	03/04/2025	03/12/2028	$10.710.000

Que, a los amparos presentados por el Contratista, en la garantía única de póliza de cumplimiento No. **14-44-101233410, Anexo No. 0** de fecha 10 de abril de 2025, es procedente impartirle aprobación en cuanto a los amparos de cumplimiento del contrato y pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales.

Se le sugiere al supervisor del contrato, solicitar al contratista la ampliación y actualización de las coberturas, teniendo en cuenta la fecha de la suscripción del acta de inicio contractual.

Dada en el Municipio de Guasca, a los catorce (14) días del mes de abril de 2025.

ANDRES EDUARDO GARZÓN ZOLAQUE
Jefe de la Oficina Jurídica y de Contratación
Alcaldía Municipal de Guasca

Proyectó: Sandy Julieth Melo Garcia– Contratista CPS, Oficina Jurídica y de Contratación
Revisó: Andrés Eduardo Garzón Zolaque – Jefe Oficina Jurídica y de Contratación

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.POLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-44-101233410	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	04	2025	03	04	2025	00:00	03	12	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	NIT: 860.035.447-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 6 NRO. 6 - 04	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	8577376

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUASCA	NIT: 899.999.442-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 4 NRO. 3 - 48	GUASCA, CUNDINAMARCA	8573181

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ADJUNTO, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR PARTE DEL TOMADOR -AFIANZADO PARA CON EL ASEGURADO DERIVADAS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N. CD-CDS-INTERDES-373-DE 2025, REFERENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE GUASCA CUNDINAMARCA.

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/04/2025	03/04/2026	$21,420,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	03/04/2025	03/12/2028	$10,710,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ****384,433.00	$ ******6,000.00	$ ******70,762.00	$ **********443,195.00	$ ********32,130,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LINASEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 6013088192 - BOGOTA, D.C.

14-44-101233410

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Olaya - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-44-101233410	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	04	2025	03	04	2025	00:00	03	12	2028	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT: 860.035.447-1	
DIRECCIÓN: CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD: GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	8577376

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUASCA		NIT: 899.999.442-1	
DIRECCIÓN: CL 4 NRO. 3 - 48	CIUDAD: GUASCA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	8573161

ADICIONAL:

PAGUESTADO

PAGINA WEB

pse

VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER · SURTIMAX · Bancolombia · éxito · Carulla · Surtimayorista · coomeva

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ****364.433,00	$ ******8.000,00	$ ******70.782,00	$ **********443.195,00	$ ********32.130.000,00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LINSEGUROS MEÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 67-47 - TELÉFONO: 8012908192 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)110021174284544(3900)000000443195(96)20260403

REFERENCIA PAGO: 110021174284544

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PAGARÉ ABIERTO No. CAPJ-25741-17-10

_____, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON LA _____ Nº. _____, QUIEN OBRA EN ESTE ACTO, EN NOMBRE PROPIO Y COMO REPRESENTANTE LEGAL DE E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT.Nº. 860035447, DEBIDAMENTE FACULTADO PARA SUSCRIBIR ESTE DOCUMENTO. TODO LO CUAL CONSTA EN EL CERTIFICADO QUE ACREDITA LA EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL VIGENTE EN LA FECHA DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE ESCRITO Y _____, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON LA _____ Nº. _____ QUIEN OBRA EN ESTE ACTO EN NOMBRE PROPIO Y COMO REPRESENTANTE LEGAL DE _____, NIT Nº. _____ DEBIDAMENTE FACULTADO PARA SUSCRIBIR ESTE DOCUMENTO, Y _____, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON LA _____ Nº. _____ QUIEN OBRA EN ESTE ACTO EN NOMBRE PROPIO Y COMO REPRESENTANTE LEGAL DE _____, NIT NO. _____ DEBIDAMENTE FACULTADO PARA SUSCRIBIR ESTE DOCUMENTO, EN CALIDAD DE CODEUDORES SOLIDARIOS A TRAVÉS DE ESTE DOCUMENTO, NOS DECLARAMOS DEUDORES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN LA SUMA DE _____ MONEDA CORRIENTE ($_____), EN TAL VIRTUD, PAGAREMOS INCONDICIONALMENTE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., A SU ORDEN, O A QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTE, LA CANTIDAD QUE SE DECLARA ADEUDAR ANTERIORMENTE, EL _____ DE _____ DE _____, EN CASO DE MORA, SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN INTERESES MORATORIOS A LA TASA MÁXIMA PERMITIDA.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESPACIOS EN BLANCO DE ESTE PAGARE

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 622 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AUTORIZAMOS EN FORMA IRREVOCABLE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., EXPRESAMENTE PARA LLENAR SIN PREVIO AVISO, LOS ESPACIOS QUE FIGURAN EN BLANCO EN EL PRESENTE PAGARÉ, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. EL VALOR QUE EN ADELANTE TIENE NUESTRA ACEPTACIÓN Y POR EL CUAL SE DEBERÁ LLENAR EL PAGARÉ, SERÁ IGUAL AL MONTO QUE SEGUROS DEL ESTADO S.A., PAGUE POR RAZÓN DE LA EFECTIVIDAD DE CUALQUIER PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO EN LA QUE SE DEMUESTRE COMO RESPONSABLE POR EL SINIESTRO QUE AFECTE LA CITADA PÓLIZA, AL TOMADOR MENCIONADO EN LA PÓLIZA, ASÍ COMO DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE LA MODIFIQUEN, RENUEVEN O PRORROGUEN.
2. LA FECHA DE EXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN CONTENIDA EN EL PRESENTE TÍTULO SERÁ LA DEL DÍA EN QUE SE DILIGENCIEN LOS ESPACIOS EN BLANCO DEL PRESENTE PAGARÉ.
3. AUTORIZACIÓN REPORTE A CENTRALES DE RIESGO - AUTORIZAMOS DE MANERA PERMANENTE E IRREVOCABLE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., A CONSULTAR, Y SUMINISTRAR DATOS POSITIVOS O NEGATIVOS DE NUESTRO COMPORTAMIENTO COMERCIAL, CREDITICIO Y FINANCIERO EN EL EVENTO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA A LOS 21 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010.

_____	_____
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
IDENTIFICACIÓN: _____	IDENTIFICACIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____	REPRESENTANTE LEGAL DE: E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
TELÉFONO: _____	NIT.NO.: 860035447
CIUDAD: _____	DIRECCIÓN: CL 4 NRO. 6 - 04
	TELÉFONO: 8577176
	CIUDAD: GUATAVITA
CODEUDORES	
_____	_____
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
IDENTIFICACIÓN: _____	IDENTIFICACIÓN: _____
REPRESENTANTE LEGAL DE: _____	REPRESENTANTE LEGAL DE: _____
NIT NO.: _____	NIT.NO.: _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____	TELÉFONO: _____
CIUDAD: _____	CIUDAD: _____

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza N° 101233410, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 10 días del mes de ABRIL de 2025

14-44-101233410

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
14-44-101233410

Número de anexo:
0

Fecha de expedición:
jueves, 10 de abril de 2025

Ramo:
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

Asegurado:
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUASCA

Tomador:
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA

Inicio de vigencia:
jueves, 3 de abril de 2025

Fin vigencia:
domingo, 3 de diciembre de 2028

Valor total asegurado:
$ 32.130.000,00

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

Contactos para Verificación de Pólizas - Seguros del Estado SA y Seguros de Vida del Estado SA

Póliza Automóviles:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

Póliza Responsabilidad Civil de los Vehículos de Servicio Público de Pasajeros:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.autos@segurosdelestado.com

Póliza de Seguros Generales:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com

Póliza de Cumplimiento - RCE derivado de contratos
- **Teléfono:** 330 327 9990
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com

Póliza de SOAT:
- **Teléfono:** (601) 4324102 (a nivel nacional)
- **Correo electrónico:** operativosoat@segurosdelestado.com

Póliza de Vida:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com

Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Nota: Estos canales están destinados exclusivamente para la verificación de pólizas.
Para presentar un PQRS, por favor ingrese al siguiente enlace: PQRS. (https://orientacionvision.segurosdelestado.com/PQRSD_GENERALES/Publica/)

< Regresar

Copyright © 2023. Todos los derechos reservados por **Seguros del Estado**