Número Póliza: 4171788

## SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, TRAUMEDICS IMPLANT S.A.S

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



### INFORMACIÓN DEL TOMADOR

| Nombre y apellidos o razón social | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| TRAUMEDICS IMPLANT S.A.S | NIT | 9013695953 |
| **Dirección** | **Ciudad** | **Teléfono** |
| TV 18 # 20 94 LCAL 109 | VALLEDUPAR | 5713809 |

### INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

| Nombre y apellidos o razón social | Tipo de identificación | Número de identificación | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| TRAUMEDICS IMPLANT S.A.S | NIT | 9013695953 | TV 18 # 20 94 LCAL 109 | VALLEDUPAR | 5713809 |

### INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

| Nombre y apellidos o razón social | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N8 | NIT | 8020164073 |

### INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

| Número de documento | Operación | Oficina | Ciudad expedición | Fecha de expedición |
|---|---|---|---|---|
| 17001802 | MODIFICACION | 039 | VALLEDUPAR | 2025-12-01 |
| **Forma de pago** | **Número de riesgos vigentes** | **Referencia de pago** | **Producto** | **Moneda** |
| CONTADO | 1 | 0121700180 2 | SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA) | PESO COLOMBIANO |

### COBERTURAS

| Nombre | Fecha inicial | Fecha vencimiento | Valor asegurado | Prima |
|---|---|---|---|---|
| CALIDAD DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS | 09-DIC-2024 | 01-JUL-2027 | $9.750.000,00 | $14.227 |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 09-DIC-2024 | 31-OCT-2026 | $3.900.000,00 | $5.717 |
| PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 09-DIC-2024 | 01-JUL-2029 | $975.000,00 | $1.064 |

### VALORES A PAGAR

| Valor prima sin IVA | Valor IVA | Total a pagar | Valor asegurado | Total valor asegurado |
|---|---|---|---|---|
| $21.008 | $3.992 | $25.000 | $0,00 | $14.625.000,00 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS : VEINTI CINCO MIL PESOS M/L

## VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

| Vigencia movimiento desde | Vigencia movimiento hasta | Número de días | Vigencia póliza desde | Vigencia póliza hasta |
|---|---|---|---|---|
| 26-NOV-2025 | 30-JUN-2029 | 1312 | 09-DIC-2024 | 30-JUN-2029 |

| Ramo | Producto | Oficina | Usuario |
|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 039 | 996709 |

## INTERMEDIARIO

| Nombres y apellidos o razón social | Código | Compañía | Categoría | % participación | Prima |
|---|---|---|---|---|---|
| YULIBETH FLOREZ SANCHEZ | 17416 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | NATURAL | 100% | 0 |

## 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 :

NRO. DE CONTRATO 67-8-20276-24

-

INICIO DE VIGENCIA: 6 DE DICIEMBRE DEL 2024.

-

OBJETO: SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE LINEA BLADA Y ORTESICOS, PARA LA REHABILITACIÓN Y /O TRATAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL SUSCISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

-

PRORROGA HASTA EL 30/11/2025

-

MODIFICACIÓN 2
ADICIÓN: $6.000.000
PRORROGA: HASTA 30/6/2026

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. En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

## 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

Lisa C. Rada R.

Firma tomador

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SOLO ES VÁLIDO 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 SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.