

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MEDELLIN			SUCURSAL MEDELLIN			COD SUC 65		NO. PÓLIZA 65-54-101008340		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA		A LAS HORAS	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	HORAS	DÍA	MES	AÑO	HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	01	2026	01	01	2026	00:00	01	09	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL GESTION PHARMA S.A.S.		IDENTIFICACIÓN NIT:806,015,162-4	
DIRECCIÓN BARRIO AMBERES CARRERA 40 N 27		CIUDAD CARTAGENA - BOLIVAR	
		TELÉFONO 6621664	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO GESTION PHARMA S.A.S.		IDENTIFICACIÓN NIT:806,015,162-4	
DIRECCIÓN BARRIO AMBERES CARRERA 40 N 27		CIUDAD CARTAGENA - BOLIVAR	
		TELÉFONO 6621664	
BENEFICIARIO NIT- 900042103-5 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE Y / O TERCEROS AFECTADOS			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15/05/2020-1329-P-06-00000-E-RCE-D02A-D001 / E-RCE-001A, 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:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL TOMADOR/ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO. 000034 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS DE PREPARACION DE NUTRICIONES PARENTERALES, ADECUACION Y AJUSTES DE CONCENTRACION DE MEDICAMENTOS ESTERILES COMUNES, ANTIBIOTICOS, ONCOLOGICOS, REEMPAQUE DE SOLIDOS ORALES Y REENVASE DE LIQUIDOS NO ESTERILES, PARA LA ATENCION FARMACO TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL Y DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO CONTRATADO Y SEGUN LA ORDEN MEDICA GENERADA POR ESTE ULTIMO O LA SOLICITUD QUE SE DERIVE DE ESTA, EN UNA CENTRAL DE MEZCLAS.

AMPAROS

RIESGO PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA / ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	01/01/2026	01/09/2026	\$ 4,000,000.00
Deducible: 10% MINIMO 1 SMMMLV			

ACLARACIONES:

ASEGURADOS E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE NIT 900042103 - 5 Y GESTION PHARMA S.A.S, NIT 806.015.162-4 .BENEFICIARIOS E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE NIT 900042103 - 5 Y/O TERCEROS AFECTADOS

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ 30,000.00	\$ 3,000.00	\$ 6,270.00	\$ 39,270.00	\$ 4,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART:	NOMBRE COMPAÑÍA	% DE PART:	VALOR ASEGURADO
SOLUTIO SEGUROS LTDA	235510	100,00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELÉFONO: 3695060 -

[Firma Autorizada]

65-54-101008340
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO



Hospital Universitario del Caribe
NIT 900 042 103-5

APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA FECHA 28-01-2026
CONTRATO N. 00034 TIPO DE CONTRATO prestación
CONTRATISTA Caslon Pharma C.C. N. 806013167-4
POLIZA N. 10108340 ASEGURADORA S. del Estado
AMPARO Repwif VALOR DEL AMPARO 4.000.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA Maria Ana

* Se aprueba con lo establecido en el acuerdo 005 de 2006 con el presupuesto de contratación de HUC del Caribe *

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 65541010083400

FECHA				
CONTADO	TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA			
RECIBIMOS DE:	GESTION PHARMA S.A.S.	NIT:806,015,162-4		
LA SUMA DE:	TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-54-101008340			
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
MEDELLIN - RC CONTRATOS - 101008340 - 0		\$ 30,000.00	\$ 3,000.00	\$ 6,270.00
FORMA DE PAGO				
				EFFECTIVO: \$ 39,270.00
				CHEQUE: \$ 0.00
				TARJETA: \$ 0.00
				BD: \$ 0.00
				OTROS: \$ 0.00
				TOTAL: \$ 39,270.00
INTERMEDIARIO:	SOLUTIO SEGUROS LTDA - 235510			CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 65541010083400

FECHA				
CONTADO	TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA			
RECIBIMOS DE:	GESTION PHARMA S.A.S.	NIT:806,015,162-4		
LA SUMA DE:	TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-54-101008340			
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
MEDELLIN - RC CONTRATOS - 101008340 - 0		\$ 30,000.00	\$ 3,000.00	\$ 6,270.00
FORMA DE PAGO				
				EFFECTIVO: \$ 39,270.00
				CHEQUE: \$ 0.00
				TARJETA: \$ 0.00
				BD: \$ 0.00
				OTROS: \$ 0.00
				TOTAL: \$ 39,270.00
INTERMEDIARIO:	SOLUTIO SEGUROS LTDA - 235510			CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: MEDELLIN			SUCURSAL: MEDELLIN			COD. SUC: 65		NO. PÓLIZA: 65-46-101069265		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
28	01	2026	01	01	2026	00:00	01	09	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: GESTION PHARMA S.A.S.					
DIRECCIÓN: BARRIO AMBERES CARRERA 40 N 27					
CIUDAD: CARTAGENA - BOLIVAR					
IDENTIFICACIÓN: NIT. :806,015,162-4					
TELÉFONO: 6621664					

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO					
ASEGURADO/BENEFICIARIO: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE					
DIRECCIÓN: ZARAGOCILLA CALLE 29 NO. 50-50					
CIUDAD: CARTAGENA - BOLIVAR					
IDENTIFICACIÓN: NIT. :900,042,103-5					
TELÉFONO: 6724340					
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, 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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 000034 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS DE PREPARACION DE NUTRICIONES PARENTERALES, ADECUACION Y AJUSTES DE CONCENTRACION DE MEDICAMENTOS ESTERILES COMUNES, ANTIBIOTICOS, ONCOLOGICOS, REEMPAQUE DE SOLIDOS ORALES Y REENVASE DE LIQUIDOS NO ESTERILES, PARA LA ATENCION FARMACO TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL Y DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO CONTRATADO Y SEGUN LA ORDEN MEDICA GENERADA POR ESTE ULTIMO O LA SOLICITUD QUE SE DERIVE DE ESTA, EN UNA CENTRAL DE MEZCLAS.

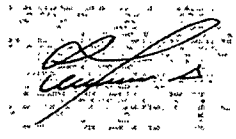
AMPAROS			
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/01/2026	01/09/2026	\$ 4,000,000.00
CALIDAD DE LOS ELEMENTOS	01/01/2026	01/09/2026	\$ 4,000,000.00
Aclaraciones:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 40,000.00	\$ 8,000.00	\$ 9,120.00	\$ 57,120.00	\$ 8,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
SOLUTIO SEGUROS LTDA	235510	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELÉFONO: 3695060 - MEDELLIN




65-46-101069265
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

 Hospital Universitario del Caribe
NIT 900 042 103-5

APROBACION DE GARANTIA UNICA FECHA 28-01-2026
CONTRATO N. 00034 TIPO DE CONTRATO Permanencia
CONTRATISTA Orion Pharma C.C. N. 306013164-4
POLIZA N. 10067205 SEGURODORA S. de Estado
AMPARO Am. col. VALOR DEL AMPARO 18.000.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA [Signature]

* Continúa con lo establecido en el acuerdo 005 de 2006 con el objeto de contratación de HUC del Caribe *



**SEGUROS
DEL
ESTADO SA.**

NTT. 680.000.578-8

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

Hacemos constar, que la póliza No. 65-46-101069265, anexo 0, no expirará 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 MEDELLIN, a los 28 días del mes de Enero de 2026

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.



Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

65461010692650

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	GESTION PHARMA S.A.S.		NIT. NIT. :806,015,162-4	
LA SUMA DE:	CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101069265			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101069265 - 0 - 0	\$ 40,000.00	\$ 8,000.00	\$ 9,120.00	\$ 57,120.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: SOLUTIO SEGUROS LTDA - 235510	EFFECTIVO:	\$ 57,120.00		
	CHEQUE:	\$ 0.00		
	TARJETA:	\$ 0.00		
	BD:	\$ 0.00		
	OTROS:	\$ 0.00		
	TOTAL:	\$ 57,120.00		
CAJERO: RAPIESTADO				

ORIGINAL



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

65461010692650

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	GESTION PHARMA S.A.S.		NIT. NIT. :806,015,162-4	
LA SUMA DE:	CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 65-46-101069265			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MEDELLIN - CU. ESTATAL - 101069265 - 0 - 0	\$ 40,000.00	\$ 8,000.00	\$ 9,120.00	\$ 57,120.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: SOLUTIO SEGUROS LTDA - 235510	EFFECTIVO:	\$ 57,120.00		
	CHEQUE:	\$ 0.00		
	TARJETA:	\$ 0.00		
	BD:	\$ 0.00		
	OTROS:	\$ 0.00		
	TOTAL:	\$ 57,120.00		
CAJERO: RAPIESTADO				

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO