

	<b>GESTION TALENTO HUMANO</b>	<b>Código: F-TH-GH02-15</b>
	<b>ACTA DE APROBACION DE POLIZA ADICION Y PRORROGA</b>	<b>Fecha Aprobación:</b> 29/08/2025
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>

**ACTA DE APROBACION DE GARANTÍA N.º 032 ADICION Y PRORROGA**

En San José de Cúcuta, 14 de mayo de 2026 se procede a evaluar la GARANTÍA UNICA presentada por el CONTRATISTA, dentro del proceso contractual que a continuación se describe:

**1 INFORMACION DEL CONTRATO:**

CONTRATO N.º	CPS 032 DE 2026
FECHA DE SUSCRIPCION:	17/01/2026
CONTRATISTA:	MILENA PINEDA SIERRA
IDENTIFICACION:	27633871-3
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo en los procesos de gestión, estrategias e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos del Programa de Tuberculosis, según competencias departamentales definidas en el Plan territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública en los 40 municipios
VALOR INICIAL:	\$16.416.000,0
VALOR ADICIONAL:	\$8.208.000,0
PLAZO INICIAL:	4 MESES
PLAZO ADICIONAL:	2 MESES
AMPARO SOLICITADO:	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
VALOR ASEGURADO:	10% VR DEL CONTRATO
OBSERVACIONES:	-

**2 INFORMACION DE LA GARANTÍA UNICA PRESENTADA PARA LA ADICION Y PRORROGA**

N.º DE POLIZA:	460-47-994000096047-ANEXO 1	
FECHA DE EXPEDICION:	14/05/2026	
COMPANÍA ASEGURADORA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	
NIT:	860524654-6	
TIPO DE AMPARO (riesgo):	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	
VALOR ASEGURADO:	\$2.462.400,0	
VIGENCIA	DESDE	HASTA
	17/01/2026	20/11/2026
OBSERVACIONES:	SE HACE LA VERIFICACION DE LA POLIZA EN LA PAGINA WEB DE LA ASEGURADORA, SE ADJUNTA PANTALLAZO.	

Comparados los amparos, valores y vigencias contenidas en la póliza analizada, frente a las exigencias y requerimientos del contrato, se puede establecer que se ajustan plenamente a los mismos y en consecuencia se imparte la APROBACIÓN a la Garantía contenida en la Póliza referida, de conformidad con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 1150 de 2007; Título 2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y para constancia se firma por el suscrito Director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, o por quien se delegue para el efecto.



**RUTH MARINELA ORTIZ ACOSTA**

P.U COORDINADORA OFICINA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4603424930**

**PÓLIZA No: 460-47-994000096047 ANEXO: 1**

AGENCIA EXPEDIDORA: CUCUTA QUINTA VELEZ COD. AGENCIA: 460 RAMO: 47  
TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION  
DIA MES AÑO 14 05 2026 DIA MES AÑO 14 05 2026  
FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**  
NOMBRE: MILENA PINEDA SIERRA IDENTIFICACIÓN: CC 27.633.871  
DIRECCIÓN: CLL 4 # 2-42 BOCHALEMA CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER TELÉFONO: 3104525916

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
ASEGURADO: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER IDENTIFICACIÓN: NIT 890.500.890-3  
BENEFICIARIO: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER IDENTIFICACIÓN: NIT 890.500.890-3

**AMPAROS**  
GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	17/01/2026	20/11/2026	2,462,400.00
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:			

BENEFICIARIOS  
NIT 890500890 - INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER  
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
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 DE CONTRATO NO CPS 0032 DE 2026 DE FECHA 17/01/2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON Prestar servicios de apoyo en los procesos de gestión, estrategias e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos del Programa de Tuberculosis, según competencias departamentales definidas en el Plan territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública en los 40 municipios.

SE REALIZA EL PRESENTE ANEXO SEGUN MODIFICACION POR PRORROGA Y ADICION AL CONTRATO.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *****2,462,400.00	\$ *****10,349	\$ *****0.00	\$ *****1,966	\$ *****12,315

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
JAIME CARO VILLAMIZAR	7367	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGOS 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 DESSE 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/vs\\_digital/identifi/login](https://www.solidaria.com.co/vs_digital/identifi/login)

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(S) 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 TRANSPARENCIA Y TRANSFERENCIA DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, 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 IMPLICAN 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](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA POLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

*[Firma]*  
FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)0000000007000460342493

*[Firma]*  
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá CADE207B0A0CF785D CLIENTE

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros



MODULO



Consultar Póliza

Número de póliza: 994000096047

Número de anexo: 1

Agencia: CUCUTA QUINTA VELEZ

Ramo: CUPOP. ENT. ESTATALES

Asegurado / Beneficiario: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

Tomador / Garantizado: PINEDA SIERRA HILENA

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
COMPLEMENTO	sábado, 17 de enero de 2026	viernes, 30 de noviembre de 2026	\$2.462.400 00

[Nueva Consulta](#) [Visualizar PDF](#)

DESCARGAR PÓLIZA EN PDF | CONSULTAR PÓLIZA EN PDF | CONSULTAR PÓLIZA EN PDF | CONSULTAR PÓLIZA EN PDF | CONSULTAR PÓLIZA EN PDF