

San Juan de Girón, 19 de mayo del 2026

ACTA DE APROBACIÓN DE POLIZAS ENTIDAD ESTATAL
CONTRATO N°. 397-2026 – PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE	CLÍNICA GIRÓN E.S.E.	
NIT No.	890.203.242-7	
CONTRATISTA	CORPORACION SALUD ANDINA	
NIT	901158204-3	
REPRESENTANTE LEGAL	JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ	
IDENTIFICACIÓN	C.C. 91.485.998 de Bucaramanga	
OBJETO DE CONTRATO	“PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DE BAJA COMPLEJIDAD CONTRATADOS POR LA CLINICA GIRON E.S.E. CON LAS DIFERENTES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACION Y EVENTO	
VALOR	OCHENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$88.000.000)	
PLAZO	DOS (2) MESES DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO	
PRESUPUESTO	CDP No. 26-00634	Fecha del CDP: 13 de mayo del 2026
	RP No. 26-00596	Fecha del CDP: 15 de mayo del 2026
SUPERVISOR	DIRECCION OPERATIVA MEDICO ASISTENCIAL (E)	

CLÍNICA GIRÓN E.S.E y JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía. 91.485.998 de Bucaramanga, obrando en su condición de Representante Legal de la empresa **CORPORACION SALUD ANDINA**, con el **NIT. 901158204-3**, celebraron el día 15 de mayo del 2026, el **CONTRATO N°. 397-2026** cuyo Objetos es el referenciado.

En cumplimiento de la clausula novena del contrato se acordó allegar las garantías, razón por la cual; **CORPORACION SALUD ANDINA**, con el **NIT. 901158204-3** a través de su representante legal suplente de JUAN CARLOS ORTIZ MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía 91.485.998 de Bucaramanga, presentó ante la oficina de contratación de la **CLÍNICA GIRÓN E.S.E.** las siguientes pólizas:

PÓLIZA DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
EXPEDIDA POR SURA POLIZA No 4509453

TOMADOR: CORPORACION SALUD ANDINA
ASEGURADO Y BENEFICIARIO: CLÍNICA GIRÓN E.S.E

FECHA DE EXPEDICIÓN: 16 de mayo del 2026

OBSERVACIONES: LA POLIZA SE ENCUENTRA FIRMADA POR EL ASEGURADOR Y TOMADOR. – LA RAZÓN SOCIAL DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONTRATO. LA IDENTIFICACION DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONVENIO. – SE DESCRIBE CORRECTAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO QUE AMPARA. NO CONTIENE EXCLUSIONES QUE SE APARTEN DE



CLINICA GIRÓN E.S.E.

Código:

GAG-FR-38

Versión:

02

Fecha de Aprobación:

27/05/2025

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA GENERAL

Proceso: JURIDICA Y CONTRATACION

FORMATO APROBACIÓN DE PÓLIZAS

LOS AMPAROS REQUERIDOS POR LA CLINICA GIRON ESE, U OTRAS CLÁUSULAS QUE NO SE AJUSTEN A LO EXIGIDO.

PÓLIZA DE GARANTIA UNICA DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES EXPEDIDA POR SURA POLIZA No 4509453

TOMADOR: CORPORACION SALUD ANDINA
ASEGURADO Y BENEFICIARIO: CLÍNICA GIRÓN E.S.E

FECHA DE EXPEDICIÓN: 16 de mayo del 2026

OBSERVACIONES: LA POLIZA SE ENCUENTRA FIRMADA POR EL ASEGURADOR Y TOMADOR. – LA RAZÓN SOCIAL DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONTRATO. LA IDENTIFICACION DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONVENIO. – SE DESCRIBE CORRECTAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO QUE AMPARA. NO CONTIENE EXCLUSIONES QUE SE APARTEN DE LOS AMPAROS REQUERIDOS POR LA CLINICA GIRON ESE, U OTRAS CLÁUSULAS QUE NO SE AJUSTEN A LO EXIGIDO.

PÓLIZA DE GARANTIA UNICA DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES EXPEDIDA POR SURA POLIZA No 4509453

TOMADOR: CORPORACION SALUD ANDINA
ASEGURADO Y BENEFICIARIO: CLÍNICA GIRÓN E.S.E

FECHA DE EXPEDICIÓN: 16 de mayo del 2026

OBSERVACIONES: LA POLIZA SE ENCUENTRA FIRMADA POR EL ASEGURADOR Y TOMADOR. – LA RAZÓN SOCIAL DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONTRATO. LA IDENTIFICACION DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONVENIO. – SE DESCRIBE CORRECTAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO QUE AMPARA. NO CONTIENE EXCLUSIONES QUE SE APARTEN DE LOS AMPAROS REQUERIDOS POR LA CLINICA GIRON ESE, U OTRAS CLÁUSULAS QUE NO SE AJUSTEN A LO EXIGIDO.

PÓLIZA DE GARANTIA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACUAL EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES EXPEDIDA POR SURA POLIZA 013001069316

TOMADOR: CORPORACION SALUD ANDINA
ASEGURADO Y BENEFICIARIO: CLÍNICA GIRÓN E.S.E

FECHA DE EXPEDICIÓN: 16 de mayo del 2026

OBSERVACIONES: LA POLIZA SE ENCUENTRA FIRMADA POR EL ASEGURADOR Y TOMADOR. – LA RAZÓN SOCIAL DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONTRATO. LA IDENTIFICACION DEL TOMADOR APARECE IGUAL EN PÓLIZA Y EN EL CONVENIO. – SE DESCRIBE CORRECTAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO QUE AMPARA. NO CONTIENE EXCLUSIONES QUE SE APARTEN DE LOS AMPAROS REQUERIDOS POR LA CLINICA GIRON ESE, U OTRAS CLÁUSULAS QUE NO SE AJUSTEN A LO EXIGIDO.

GARANTIAS AMPARADAS EXIGIDAS EN EL CONTRATO:

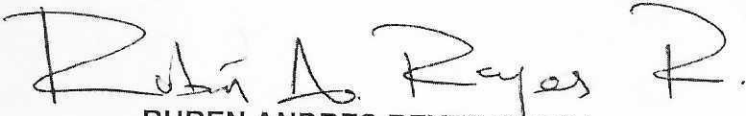
COBERTURA	SI	NO	CUANTÍA	VIGENCIA
<u>AMPARO DE CUMPLIMIENTO</u>	X		Su cuantía no será inferior al 10% del valor del contrato	Su vigencia será igual a la del plazo total del contrato y seis (06) meses más a partir de la terminación del contrato
<u>CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES</u>	X		Su cuantía será igual al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato	Su vigencia será mínima de doce (12) meses contados a partir del recibo a satisfacción o aceptación final por la Empresa
<u>PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES.</u>	X		Será igual al diez por ciento (10%) del valor total del contrato	Su vigencia deberá extenderse por el término de vigencia del contrato y tres (3) años más a partir de la terminación del contrato
<u>RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL</u>	X		Su cuantía no será inferior al 5% del valor del contrato y en ningún caso inferior a 200 SMMLV al momento de la expedición de la póliza	Su vigencia será por todo el periodo de ejecución del contrato.

GARANTIAS AMPARADAS EN LAS POLIZAS:

AMPARO	SUMA ASEGURADA	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
<u>AMPARO DE CUMPLIMIENTO</u>	\$8.800.000	15-05-2026	16-01-2027
<u>CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES</u>	\$17.600.000	15-07-2026	16-07-2027
<u>PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES.</u>	\$8.800.000	15-05-2026	15-07-2026
<u>RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL</u>	\$350.181.000	15-05-2026	16-07-2026

Por cuanto se ha dado cumplimiento a las disposiciones del artículo 15 del Manual Interno de Contratación (acuerdo 016 de 2020), así como del Capítulo IV Garantías y riesgos – Artículo 37 en adelante, y se incluirá la presente revisión en el expediente del Contrato.

Se expide el día, 19 de mayo del 2026



RUBEN ANDRES REYES RUEDA
DIRECCION OPERATIVA MEDICO ASISTENCIAL (E)
Supervisor



Numero Póliza: 4509453

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, CORPORACION SALUD ANDINA

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 CORPORACION SALUD ANDINA		Tipo de identificación NIT	Numero de identificación 9011582043
Dirección CR 8 # 19 25		Ciudad CHIQUEQUIRA	Telefono 6087261423

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

Nombre y apellidos o razón social CORPORACION SALUD ANDINA	Tipo de identificación NIT	Numero de identificación 9011582043	Dirección CR 8 # 19 25	Ciudad CHIQUEQUIRA	Telefono 6087261423
---	-------------------------------	--	---------------------------	-----------------------	------------------------

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social CLINICA GIRON E.S.E.	Tipo de identificación NIT	Numero de identificación 8902032427
---	-------------------------------	--

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Numero de documento 17269125	Operación POLIZA NUEVA	Oficina 2450	Ciudad expedición BUCARAMANGA	Fecha de expedición 2026-05-16
Forma de pago CONTADO	Numero de riesgos vigentes 1	Referencia de pago 01217269125	Producto SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTIA UNICA)	Moneda PESO COLOMBIANO

COBERTURAS

Nombre	Fecha inicial	Fecha vencimiento	Valor asegurado	Prima
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS	15-JUL-2026	15-JUL-2027	\$17.600.000,00	\$49.280
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15-MAY-2026	15-ENE-2027	\$8.800.000,00	\$16.539
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	15-MAY-2026	15-JUL-2029	\$8.800.000,00	\$78.105



VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA \$143.924	Valor IVA \$27.346	Total a pagar \$171.270	Valor asegurado \$35.200.000,00	Total valor asegurado \$35.200.000,00
----------------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------------------	--

VALOR A PAGAR EN LETRAS CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/L

 VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA					
Vigencia movimiento desde		Vigencia movimiento hasta		Vigencia póliza desde	
15-MAY-2026		15-JUL-2029		15-MAY-2026	
		Número de días		Vigencia póliza hasta	
		1157		15-JUL-2029	

Ramo	Producto	Oficina	Usuario
012	NDX	2450	CUM001

 INTERMEDIARIO					
Nombres y apellidos o razón social		Código	Compañía	Categoría	% participación
OSCAR JAVIER MEJIA WANDURRAGA		45336	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100%
					Prima
					143.924

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
CLAUSULAD O	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

*SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. 397/ 2026 CON VALOR DEL CONTRATO \$88.000.000, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DE BAJA COMPLEJIDAD CONTRATADOS POR LA CLINICA GIRON E.S.E. CON LAS DIFERENTES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN Y EVENTO

//////

EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO DE ESTA PÓLIZA ES LA CLINICA GIRON E.S.E. CON NIT 8902092627.

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890.903.407-9. Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguro 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


Firma signatario

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

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



SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A
HACE CONSTAR

Que la garantía de SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTIA UNICA) en la póliza 4509453 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: CORPORACION SALUD ANDINA y Asegurado y/o Beneficiario es CLINICA GIRON E S E, y su documento 17269125 expedida el día 16 de Mayo de 2026 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Concepto	Valor
Prima	\$143.924
Impuestos	\$27.346

Total: \$171.270

La presente póliza no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 16 días del mes de Mayo de 2026


Firma Autorizada



Numero Póliza: 013001069316

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Hola, CORPORACION SALUD ANDINA

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 CORPORACION SALUD ANDINA	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9011582043
Dirección CR 8 # 19 25	Ciudad CHIQUEQUIRA	Teléfono 6087261423

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social CORPORACION SALUD ANDINA	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9011582043
---	-------------------------------	--

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento 14247708	Operación POLIZA NUEVA	Oficina y ciudad expedición 2450 - BUCARAMANGA	Fecha expedición 2026-05-16	Moneda PESO COLOMBIANO
Forma de pago ANUAL	Número de riesgos vigentes 1	Referencia de pago 01314247708	Producto SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADO DE CUMPLIMIENTO	Índice variable 0%



INFORMACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dirección CR 8 # 19 25	Ciudad CHIQUEQUIRA	Departamento BOYACA	Descripción sector SECTOR SERVICIOS
Actividad HOSPITALES GENERALES, CLINICAS, CENTROS MEDICOS Y SIMILARES	Código actividad 153	Descripción riesgo	Riesgo número 1

COBERTURAS

Nombre BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	Valor asegurado \$350.181.000.00	Valor movimiento \$350.181.000	Índice variable 0%	Prima \$117.047	Valor IVA \$22.239	Valor total a pagar \$139.286
--	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	----------------------------------

DEDUCIBLES Y VALORES ASEGURADOS POR COBERTURA

Cobertura BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	Valor asegurado \$350.181.000,00	Deducible 10% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 60 SMDLV
---	-------------------------------------	---

VALORES A PAGAR			
Valor asegurado \$350.181.000	Valor prima sin IVA \$117.047	Valor IVA \$22.239	Total a pagar \$139.286
		Valor índice variable 0%	Total valor asegurado \$350.181.000

VALOR A PAGAR EN LETRAS - CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/L

VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA				
15-MAY-2026	Vigencia movimiento desde	Vigencia movimiento hasta	Numero de dias	Vigencia póliza desde
		15-JUL-2026	61	15-MAY-2026
				Vigencia póliza hasta
				15-JUL-2026

Ramo 013	Producto AG5	Oficina 2450	Usuario CUM001
-------------	-----------------	-----------------	-------------------

INTERMEDIARIO					
Nombres y apellidos o razón social		Código	Compañía	Categoría	% participación
OSCAR JAVIER MEJIA WANDURRAGA		45336	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100%
					Prima 117.047

COASEGURO		
Tipo coaseguro DIRECTO	Numero poliza líder	Documento compañía líder

CONDICIONES GENERALES APLICABLES						
Nombre	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y numero de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación interna de la proforma	Canal de comercialización
CLAUSULAD O	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
012004509453 NO DE CONTRATO
LA PRESENTE POLIZA CUENTA CON UNA COBERTURA DE \$350.181.000 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.
SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. 397 2026 CON VALOR DEL CONTRATO
\$88.000.000, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DE BAJA
COMPLEJIDAD CONTRATADOS POR LA CLINICA GIRON E.S.E. CON LAS DIFERENTES
ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACION Y EVENTO

EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO DE ESTA POLIZA ES LA CLINICA GIRON E.S.E. CON NIT
8903032427

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). Autoretenedores Resolución 009961 de 2010. Responsable de impuesto sobre las ventas regimen 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	
-----------------------	--

DEFINICIONES: SMMMLV SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE - SMDLV SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE -
SUBLÍMITE TODOS LOS VALORES ESTABLECIDOS COMO SUBLÍMITES 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.



INFORMACIÓN ADICIONAL

TERMINACION AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO: LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACION AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACION. 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 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.



SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A
HACE CONSTAR

Que la garantía de SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADO DE CUMPLIMIENTO en la póliza 013001069316 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: CORPORACION SALUD ANDINA y Asegurado y/o Beneficiario es terceros afectados y su documento 14247708 expedida el día 16 de Mayo de 2026 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Concepto	Valor
Prima	\$117.047
Impuestos	\$22.239

Total: \$139.286

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 16 días del mes de Mayo de 2026.


Firma Autorizada