

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

ACTA DE APROBACION DE GARANTÍA N.º 000521 ADICION Y PRORROGA

En San José de Cúcuta, 24 de junio del 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 000521 DE 2026
FECHA DE SUSCRIPCION:	30/01/2026
CONTRATISTA:	JOHANA TIBISAY CARRERO GELVEZ
IDENTIFICACION:	37292657-5
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo para el desarrollo de actividades extramurales de competencia de la oficina de control de medicamentos /subgrupo de vigilancia y control salud pública (inspección, vigilancia y control / P. farmacéutica) en los municipios del departamento según competencias departamentales definidas en el Plan Territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.
VALOR INICIAL:	\$15,120,000.0
VALOR ADICIONAL:	\$7,560,000.0
PLAZO INICIAL:	4 MESES
PLAZO ADICIONAL:	2 MES (ES)
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:	ISC000019624	
FECHA DE EXPEDICION:	02/06/2026	
COMPAÑÍA ASEGURADORA:	EQUIDAD SEGUROS	
NIT:	860028415	
TIPO DE AMPARO (riesgo):	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	
VALOR ASEGURADO:	\$2,268,000.0	
VIGENCIA	DESDE	HASTA
	30/01/2026	12/12/2026
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

Elaboro: Nalleth Niño/ Apoyo a la gestión
Aprobó: Ruth Marinela Ortiz Acosta/ p.u coordinadora oficina jurídica y control disciplinario

**SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL**

PÓLIZA
ISC000019624



INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD.AGENCIA 100004 **CERTIFICADO** 1 **DOCUMENTO** : Nuevo **TEL:** 5730309
AGENCIA SUC. CUCUTA **DIRECCIÓN** CALLE 9 NO 0 84 PISO 2 EDIF. FOMANORT

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
2	6	2026	DESDE	30	1	2026	HORA	00:00	2
DD	MM	AAAA	HASTA	12	12	2026	HORA	23:59	6
									2026
									DD
									MM
									AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR JOHANA TIBISAY CARRERO GELVEZ **NIT/CC** 37292657
DIRECCIÓN AV 10 7 55 RIVIERAS DEL ESTE AP 411 A **E-MAIL** JOHANACARREROGELVEZ@YAHOO.COM **TEL/MOVIL** 3102279126
ASEGURADO INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER **NIT/CC** 890500890
DIRECCIÓN AV 0 CALLE 10 TERCER PISO ED ROSETAL **E-MAIL** INTEGRACION@INTEGRACION.COM **TEL/MOVIL** 5715905
BENEFICIARIO INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER **NIT/CC** 890500890
DIRECCIÓN AV 0 CALLE 10 TERCER PISO ED ROSETAL **E-MAIL** INTEGRACION@INTEGRACION.COM **TEL/MOVIL** 5715905
AFIANZADO JOHANA TIBISAY CARRERO GELVEZ **NIT/CC** 37292657
DIRECCIÓN AV 10 7 55 RIVIERAS DEL ESTE AP 411 A **E-MAIL** JOHANACARREROGELVEZ@YAHOO.COM **TEL/MOVIL** 3102279126

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CUIDAD	CUCUTA
DEPARTAMENTO	NORTE SANTANDER
LOCALIDAD	CUCUTA
DIRECCION	CUCUTA
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURO		VIGENCIAS GARANTIA		
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DIAS DE VIGENCIA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$ 2,268,000	2026-01-30	2026-12-12	316

VALOR A SEGURO TOTAL \$ 2,268,000

NUMERO DE RIESGOS

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
\$ 0	\$ 7,000	\$ 1,330	\$ 8,330

FORMA DE PAGO Contado

COASEGURO	
COMPAÑÍA	PARTICIPACION

ENTIDAD BANCARIA

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
900755473	AGENCIA SEGUROS Y FIANZAS LTDA	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expreso ante, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

[Handwritten signature]



**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

Johana Carrero 6
FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 01800919538

Datos de Póliza

Número de Póliza

15500001962401

Rãmio.

2015-01-01

Datos de Tomador

Tipo de Documento

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

37292657

Datos de Beneficiario

Tipo de Documento:

સાગરવંશી

Número de Documento

058005058

Ver Anexos (1)