ACTA APROBACIÓN PÓLIZAS CONTRATO CDSAF20260090 DE 2026

La Oficina Jurídica de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE procede a la revisión, estudio y verificación de la garantía única de cumplimiento y de la póliza de responsabilidad civil extracontractual aportadas por el contratista INVERMEDICA S.A.S., con el fin de determinar si cumplen las condiciones exigidas en el Contrato de Compraventa No. CDSAF20260090 de 2026 y proceder, o no, a su aprobación.

PÓLIZA No.	Cumplimiento No. 45-44-101177428 y Responsabilidad Civil Extracontractual No. 45-40-101109668, ambas Anexo 0
EXPEDIDA POR	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
FECHA DE EXPEDICIÓN	07 de septiembre de 2026 — Emisión original
CONTRATO No.	CDSAF20260090 de 2026
VALOR DEL CONTRATO	$2.240.770.000 M/CTE
CONTRATANTE	E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche — NIT 891.780.185-2
CONTRATISTA	INVERMEDICA S.A.S. — NIT 800.174.381-1
OBJETO	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un (01) angiógrafo para el área de Cardiología de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche en Santa Marta D.T.C.H., en los términos y condiciones establecidos en el estudio de necesidad y la oferta presentada que hacen parte integral del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Noventa (90) días, sin exceder el 31 de diciembre de 2026, contados a partir de la fecha de legalización del contrato (suscripción del acta de inicio, previo registro presupuestal y aprobación de la garantía).
CDP	No. 1327 del 06 de agosto de 2026
VIGENCIA INICIAL DE LA PÓLIZA	01 de septiembre de 2026, 00:00 horas

2. COBERTURAS Y VIGENCIAS

Amparo	%	Condición	Suma asegurada	Vigencia	CUMPLE/ NO CUMPLE
Cumplimiento del contrato	25%	Plazo de ejecución y 6 meses más	$560.192.500,00	01/09/2026 a 30/06/2027	CUMPLE
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes	25%	Plazo de ejecución y 6 meses más	$560.192.500,00	01/09/2026 a 30/06/2027	CUMPLE
Calidad del servicio	25%	Plazo de ejecución y 6 meses más	$560.192.500,00	01/09/2026 a 30/06/2027	CUMPLE

Amparo	%	Condición	Suma asegurada	Vigencia	CUMPLE/ NO CUMPLE
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	25%	Plazo de ejecución y 3 años más	$560.192.500,00	01/09/2026 a 31/12/2029	CUMPLE
Responsabilidad Civil Extracontractual	200 SMLMV	Plazo de ejecución	$350.181.000,00	01/09/2026 a 31/12/2026	CUMPLE

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

DATOS	SI	NO	DATOS	SI	NO
DATOS DEL BENEFICIARIO	X		VIGENCIAS CORRECTAS	X	
VALORES CORRECTOS	X		AMPAROS CORRECTOS	X	
FIRMA ASEGURADOR	X		DATOS DEL CONTRATO	X	

APROBACIÓN: SI__X__ NO____

FECHA APROBACIÓN: 08 de septiembre de 2026

SEBASTIAN DAVID ARBOLEDA CRUZ
JEFE DE OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

	Nombre	Cargo	Firma
Proyectó	Yeraldith Molina	Apoyo Administrativo	
Revisó	Yassir Amin Álvarez Estrada	Abogado contratista	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustados a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

SEGUROS DEL ESTADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 67378440

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	08/09/2026	205002	FONSECA SANCLEMENTE AGENCIA DE SEGUROS LTDA

Tomador: INVERMEDICA S.A.S. **NIT/CC** 800174381

Suma de: DIEZ MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE.******

Pagador: INVERMEDICA **NIT/CC** 8001743811

Por concepto de: APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #1768965382

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
45-CALI-44-CU. ENTIDAD.EST.-101177428-0-1	$8.145.812,86	$20.000,00	$1.551.504,44	$0,00	$9.717.317,30
45-CALI-40-RCE CONTRATOS-101109668-0-1	$348.357,40	$3.000,00	$66.757,91	$0,00	$418.115,31

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$10.135.432,00
APROVECHAMIENTOS	$-0,30
APROVECHAMIENTOS	$-0,31

Forma de pago

Ahorro: $0,00

Corriente: $0,00
Tarjeta: $0,00
Otro: $0,00

Transacción: 18414715

Total: **$10.135.432,00**
Cajero: PAGUESTADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101177428	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
07	09	2026	01	09	2026	00:00	31	12	2029	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
INVERMEDICA S.A.S.		NIT: 800.174.381-1
DIRECCIÓN: CL 51 NTE 2 HN 23	CIUDAD: CALI, VALLE	TELÉFONO: 6646389

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		NIT: 891.780.185-2
DIRECCIÓN: CL 23 NRO. 14 - 42	CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO 4315425

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO CDSAF20260090 DE 2026; REFERENTE A: ADQUISICION, INSTALACION, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN (01) ANGIOGRAFO PARA EL AREA CARDIOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE EN SANTA MARTA D.T.C.H. EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL ESTUDIO DE NECESIDAD Y LA OFERTA PRESENTADA QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2026	30/06/2027	$560,192,500.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/09/2026	31/12/2029	$560,192,500.00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/09/2026	30/06/2027	$560,192,500.00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	01/09/2026	30/06/2027	$560,192,500.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***8,145,812.00	$ ******20,000.00	$ ***1,551,504.00	$ *********9,717,317.00	$ ****2,240,770,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
FONSECA SANCLEMENTE AGENCIA DE SEGU	205002	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

45-44-101177428

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101177428	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
07	09	2026	01	09	2026	00:00	31	12	2029	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
INVERMEDICA S.A.S.		NIT: 800.174.381-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 51 NTE 2 HN 23	CALI, VALLE	6646389

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		NIT: 891.780.185-2

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 23 NRO. 14 - 42	SANTA MARTA, MAGDALENA	4315425

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | pse | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER | éxito | MOVIIRED

SUMIMAS | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO Hospital para trabajadores

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***8,145,812.00	$ ******20,000.00	$ ***1,551,504.00	$ *********9,717,317.00	$ ****2,240,770,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
FONSECA SANCLEMENTE AGENCIA DE SEGU	205002	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11011642151132 (3900) 000009717317 (96) 20270901

REFERENCIA PAGO: 1101164215113-2

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE