EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	FORMATO: APROBACIÓN GARANTIA	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código: F-A-CO-08	Versión: 0
	PROCESO: SELECCIÓN DE PROVEEDORES, PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO	Fecha: 31/03/2015	Pág 1 de 1

1.IDENTIFICACION DEL CONTRATO

NÚMERO DEL CONTRATO	**CONTRATO No. 001-2026**
FECHA DEL CONTRATO	**25/05/2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**FREDY ALBERTO AGUILAR AGUILAR**
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	**CC 79.867.700 EXPEDIDA EN BOGOTA D.C**
IDENTIFICACIÓN DE LA POLIZA	**860.009.578-6**
COMPAÑÍA ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NÚMERO DE PÓLIZA	39-44-101183179
FECHA DE EXPEDICIÓN	25/05/2026

2. DESCRIPCIÓN DE AMPAROS DE LA POLIZA

No	TIPO DE AMPARO	VIGENCIA AMPARO		MONTO DEL AMPARO	APROBADO		OBSERVACIONES
		DESDE	HASTA		SI	NO	
1	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	25/05/2026	25/11/2026	$ 25,133,234.80	X		Equivale al 10% del valor del contrato.
2	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	Al finalizar la ejecución del contrato y suscripción del acta de recibo	Dos (02) años, dos (02) meses y un (01) día	$ 25,133,234.80	X		Cumple con el amparo exigido.
3	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	25/05/2026	25/07/2029	$ 25,133,234.80	X		Cumple con la vigencia contractual y tres (03) años más.

	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
Tomador	X	
Beneficiario	X	
Afianzado y/ o garantizado	X	
Nombre del tomador	X	
Póliza debidamente firmada por la aseguradora	X	
Póliza debidamente firmada por el tomador	X	

3. APROBACIÓN DE LA PÓLIZA

¿La póliza es aprobada ?	**SI**	X	**NO**		
Nombre Responsable	**LILIANA PAOLA HERNANDEZ SUAREZ**				
Fecha de diligenciamiento	25/05/2026				Firma - Cargo

Gerente.

4. RECIBIDO DE DEVOLUCIÓN SIN APROBACIÓN

Nombre de quien recibe		
Fecha		
Hora		Firma - Cargo