






| | | |
|---|---|----------------------------|
|   | APROBACIÓN DE GARANTIAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | CÓDIGO: GJ-R-035 |
| | | FECHA VIGENCIA: 2021-07-15 |
| | | VERSIÓN: 00 |
| | | Página 1 de 2 |

| | | |
|--|---|-------------------------|
| DEPENDENCIA: | SECRETARIA GENERAL | |
| NOMBRE DEL COMPETENTE O DELEGADO PARA APROBAR LAS GARANTIAS: | ANGIE JULIETT ROJAS MILLAN Secretaria General | |
| Nº Y FECHA DEL CONTRATO: | 0074 DEL 28 DE ENERO DE 2022 | |
| CONTRATISTA: | CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA S.A.S. | NIT Y/O CC: 800.180.176 |
| OBJETO: | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS PRE-OCUPACIONALES O DE PRE-INGRESO, EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS, EVALUACIÓN MÉDICA POST-OCUPACIONAL DE EGRESO, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE OTRO TIPO DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES (TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS), VACUNACIÓN A LOS SERVIDORES Y TRABAJADORES DE LA EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL | |
| VALOR: | INICIAL: \$ 199.075.333,00 ADICIÓN 01: \$ 3.394.500,00 | |
| PLAZO: | INICIAL: DOCE (12) MESES PRÓRROGA 01: DIEZ (10) MESES PRÓRROGA 02: TRES (03) MESES | |
| SUPERVISOR: | Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo Profesional Especializado III – Gestión Humana | |
| FECHA DE APROBACIÓN: |   | |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------|
|  | APROBACIÓN DE GARANTIAS | | CÓDIGO: GJ-R-035 | |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | | FECHA VIGENCIA: 2021-07-15 | |
| | | | | VERSIÓN: 00 |
| | | | | Página 2 de 2 |

NOVEDAD DE LA GARANTIA A APROBAR:

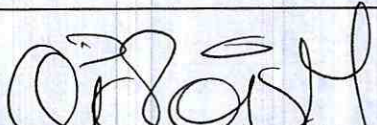
| | | | | |
|---|-----------|------------|-----------------|--|
| Cumplimiento | | | | |
| Calidad del servicio | 5/02/2022 | 01/04/2027 | \$40.993.966,60 | |
| Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización laborales | 7/02/2022 | 02/04/2025 | \$40.993.966,60 | |
| Básico - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 5/12/2022 | 01/04/2025 | \$60.740.950,00 | |

INICIAL: _____ **ACTA DE INICIO:** _____
ACTA DE SUSPENSION Y REINICIACION: _____ **PRORROGA:** _____
ADICION EN VALOR: _____ **ADICION EN VALOR Y PLAZO:** X
ACTA FINAL: _____ **REDES HIDROSANITARIAS:** Manual
OTRO: _____

| | |
|------------------------------|---|
| COMPañIA ASEGURADORA: | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA |
| PÓLIZA NÚMERO: | 310-47-994000005886 / A 3 RCE 310-74-994000002788/ A 2 |

| GARANTIAS A APROBAR | | | |
|---|------------------|------------------|-------------------|
| AMPARO | VIGENCIA (DESDE) | VIGENCIA (HASTA) | VALOR ASEGURADO |
| Cumplimiento | 15/02/2022 | 02/10/2024 | \$40.493.966,60 ✓ |
| Calidad del servicio | 15/02/2022 | 01/04/2027 | \$40.493.966,60 ✓ |
| Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización laborales | 15/02/2022 | 02/04/2025 | \$40.493.966,60 ✓ |
| Básico - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 15/12/2022 | 01/04/2025 | \$60.740.950,00 |

Por medio del presente documento, hago constar que he revisado la(s) póliza(s) de seguro registradas anteriormente y se encuentra(n) conforme(s) a lo exigido en el contrato y el Manual de contratación de la Empresa.


ANGIE JULIETA ROJAS MILLAN
 Secretaria General

Elaboró: Dolly Camacho – Técnico Administrativo II – Gestión Jurídica y Contractual IBAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3101315509

PÓLIZA No: 310-47-994000005886 ANEXO: 3

AGENCIA EXPEDIDORA: **AVENIDA SUBA** COD. AGENCIA: 310 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| | | | | | |
|---------------------|-----|------|--------------------|-----|------|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 05 | 01 | 2024 | 05 | 01 | 2024 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.180.176-0**

DIRECCIÓN: **CLL 19 NO. 3-50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6012826817**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.089.809-6**

BENEFICIARIO: **EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.089.809-6**

AMPAROS

| GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | DESCRIPCION AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|--|---|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO | CUMPLIMIENTO | 15/02/2022 | 02/10/2024 | 40,493,966.60 |
| | PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND CALIDAD DEL SERVICIO | 15/02/2022 | 01/04/2027 | 40,493,966.60 |
| | BENEFICIARIOS NIT 800089809 - EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL | 15/02/2022 | 02/04/2025 | 40,493,966.60 |

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 DEL CONTRATO NO.074, DE FECHA 28 ENERO DE 2022 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PRACTICA DE LAS EVALUACIONES MEDICAS PRE-OCUPACIONALES O PRE-INGRESO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS, EVALUACION MEDICA POST-OCUPACIONAL O DE EGRESO, ASI COMO LA REALIZACION DE OTRO TIPO DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES (TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS), VACUNACION DE LOS SERVIDORES Y TRABAJADORES DE LA EMPRESA IBAGUERELA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AJUSTA EL VALOR ASEGURADO Y LA VIGENCIA DE LA GARANTIA DE ACUERDO CON EL DOCUMENTO DE ADICION No.1 Y PRORROGA No.2 DE FECHA 13/12/2023.

PRORROGA HASTA:15/03/2024

| | | | | |
|---|--|---|-------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***121,481,899.80 | VALOR PRIMA: \$ *****106,838 | GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00 | IVA: \$ *****20,299 | TOTAL A PAGAR: \$ *****127,137 |
|---|--|---|-------------------------------|--|

| | | | | | |
|---|---------------|-----------------|----------------------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE INTERMEDIARIO ARCARY SEGUROS LIMITADA | CLAVE 9517 | %PART 100.00 | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---------------|-----------------|----------------------------------|-------|-----------------|

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) 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 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 TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN 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 IMPLIQUEN 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)

DE ACUERDO CON EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000310131550

FIRMA TOMADOR

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

CDD92079080DFC7858



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 DIO/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGENCIA: 310 RAMO: 47

No PÓLIZA: 994000005886 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

| | | | | |
|---------------|---|-----------------|-----|---------------|
| NOMBRE: | CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 800.180.176-0 |
| ASEGURADO: | EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 800.089.809-6 |
| BENEFICIARIO: | EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 800.089.809-6 |

TEXTO ITEM 1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 202.469.833.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN

CLIENTE

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3101315517

PÓLIZA No: 310 -74 - 994000002788 ANEXO:4

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-----------------------|-----|------|----------------|-----|-----|------------------------------|-------|-----|--------------------|-----|------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA | | | COD. AGE: 310 | | | RAMO: 74 | | | PAP: | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | |
| 05 | 01 | 2024 | 15 | 12 | 2024 | 23:59 | 01 | 04 | 2025 | 23:59 | 107 | 05 | 01 | 2024 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | VIGENCIA DESDE | | | VIGENCIA HASTA | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | | | | | | | | | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|-----|------|----------------|----------------|-----|------|-------|------|
| TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
| | 15 | 12 | 2024 | 23:59 | 01 | 04 | 2025 | 23:59 | 107 |
| | VIGENCIA DEL ANEXO | | | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA IDENTIFICACIÓN: NIT 800.180.176-0

DIRECCIÓN: CLL 19 NO. 3-50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6012826817

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA IDENTIFICACIÓN: NIT 800.180.176-0

DIRECCIÓN: CLL 19 NO. 3-50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6012826817

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CEND NIT : 800180176

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: TOLIMA CIUDAD: IBAGUE

DIRECCION: CARRERA 3 No. 1-4

ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: SERVICIOS MANZANA: 2-3

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|--|--------------------------------|------------------|---------------|-----------|
| CONTRATO | PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | \$ 60,740,950.00 | 60,740,950.00 | |
| DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | | | | |
| BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS | | | | |

Mediante la presente póliza se amparan los perjuicios patrimoniales que cause directamente el asegurado con motivo de una determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley colombiana en virtud de la ejecución del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PRACTICA DE LAS EVALUACIONES MEDICAS PRE-OCUPACIONALES O PRE-INGRESO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS, EVALUACION MEDICA POST-OCUPACIONAL O DE EGRESO, ASI COMO LA REALIZACION DE OTRO TIPO DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES (TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS), VACUNACION DE LOS SERVIDORES Y TRABAJADORES DE LA EMPRESA IBAGUERELA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL, SE EXCLUYE RC PROFESIONAL

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AJUSTA LA VIGENCIA Y EL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA DE ACUERDO CON EL DOCUMENTO DE ADICION No.1 Y PRORROGA No.2 DE FECHA 13/12/2023.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN.

| | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****60,740,950.00 | VALOR PRIMA: \$ *****89,031 | GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00 | IVA: \$ *****16,916 | TOTAL A PAGAR: \$ *****105,947 |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|

| INTERMEDIARIO | | | COASEGURO CEDIDO | | |
|-------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
| ARCARY SEGUROS LIMITADA | 9517 | 100.00 | | | |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000310131551
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

FIRMA TOMADOR
SACUCHIVAGUE 0

CDD92079080DFC795D 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.2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Si requiere más información acerca de la transacción, por favor contactarse al número telefónico: #789 opción 4

TRANSACCIÓN PSE - PSE PAGOS

FORMA DE PAGO

DATOS DEL PAGO

| | |
|---------------------|----------------------|
| Medio de Pago: | Pagos ACH PSE |
| Fecha del Pago: | 09/01/2024 |
| Ticket ID: | 31013155092 |
| Transacción/CUS: | 385418142 |
| Tipo de usuario: | Empresa |
| Estado Transacción: | Transacción Aprobada |
| Concepto: | POLIZAS |
| Ciclo Transacción: | 2 |
| Banco: | BANCO AV VILLAS |
| Cód. de servicio: | 1001 |
| Total: | 127137 |
| Total Iva: | 0 |
| No. Pago: | 31013155092 |

TRANSACCIÓN PSE - PSE PAGOS

| FORMA DE PAGO | |
|---------------------|----------------------|
| DATOS DEL PAGO | |
| Medio de Pago: | Pagos ACH PSE |
| Fecha del Pago: | 09/01/2024 |
| Ticket ID: | 31013155092 |
| Transacción/CUS: | 385418142 |
| Tipo de usuario: | Empresa |
| Estado Transacción: | Transacción Aprobada |
| Concepto: | POLIZAS |
| Ciclo Transacción: | 2 |
| Banco: | BANCO AV VILLAS |
| Cód. de servicio: | 1001 |
| Total: | 127137 |
| Total Iva: | 0 |
| No. Pago: | 31013155092 |

Si requiere más información acerca de la transacción, por favor contactarse al número telefónico: #789 opción 4

TRANSACCION PSE - PSE PAGOS

FORMA DE PAGO

DATOS DEL PAGO

Medio de Pago:

Pagos ACH PSE

Fecha del Pago:

09/01/2024

Ticket ID:

31013155173

Transacción/CUS:

385427370

Tipo de usuario:

Empresa

Estado Transacción:

Transacción Aprobada

Concepto:

POLIZAS

Ciclo Transacción:

2

Banco:

BANCO AV VILLAS

Cód. de servicio:

1001

Total:

105947

Total Iva:

0

No. Pago:

31013155173