

**DECRETO 1082 DE 2015**

|                                     |           |             |                         |           |             |              |                |           |                      |              |                                     |  |                   |  |
|-------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|-----------|-------------|--------------|----------------|-----------|----------------------|--------------|-------------------------------------|--|-------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br><b>CALI</b> |           |             | SUCURSAL<br><b>CALI</b> |           |             |              |                |           | COD.SUC<br><b>45</b> |              | NO.PÓLIZA<br><b>45-44-101089231</b> |  | ANEXO<br><b>0</b> |  |
| FECHA EXPEDICIÓN                    |           |             | VIGENCIA DESDE          |           |             | A LAS HORAS  | VIGENCIA HASTA |           |                      | A LAS HORAS  | TIPO MOVIMIENTO                     |  |                   |  |
| DÍA                                 | MES       | AÑO         | DÍA                     | MES       | AÑO         |              | DÍA            | MES       | AÑO                  |              |                                     |  |                   |  |
| <b>14</b>                           | <b>12</b> | <b>2017</b> | <b>06</b>               | <b>12</b> | <b>2017</b> | <b>00:00</b> | <b>30</b>      | <b>12</b> | <b>2018</b>          | <b>23:59</b> | <b>EMISION ORIGINAL</b>             |  |                   |  |

|                                                 |  |                                          |           |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-----------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br><b>ARTHROMEDS S.A.</b> |  | IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.131.246-1</b> |           |
| DIRECCIÓN: CL 19 NTE NRO. 2 N - 29 OF 3101A     |  | CIUDAD: CALI, VALLE                      | TELÉFONO: |

|                                                                    |  |                                          |                         |
|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-------------------------|
| ASEGURADO /<br>BENEFICIARIO: <b>SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA</b> |  | IDENTIFICACIÓN NIT: <b>811.032.059-3</b> |                         |
| DIRECCIÓN: <b>CARRERA 43A NO. 48C SUR 45</b>                       |  | CIUDAD: <b>ENVIGADO, ANTIOQUIA</b>       | TELÉFONO <b>3390738</b> |
| ADICIONAL:                                                         |  |                                          |                         |

CON SUJECCIÓN 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:

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.65-8-20566-17 REFERENTE A SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS EN LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE ORTOPEDIA QUE REQUIERAN LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL - SECCIONAL SANIDAD ANTOQUIA -

SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS. ASI MISMO, SE INDICARA QUE EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCION DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIERE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTARA DESDE EL MOMENTO DE CONTRATACION DE LA POLIZA LA CESION DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR. EN TODO CASO, DEPENDIENDO DEL TIPO DE MECANISMO DE COBERTURA ELEGIDO, DEBERA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

|                                          |                |                |                  |
|------------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES Y/O EQUIPOS |                |                |                  |
| AMPAROS                                  | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                | 06/12/2017     | 30/10/2018     | \$14,599,180.00  |
| CALIDAD DE LOS ELEMENTOS                 | 06/12/2017     | 30/12/2018     | \$36,497,950.00  |

|                          |                   |                   |                        |                       |                      |
|--------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| VALOR PRIMA NETA         | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA               | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL | FECHA LIMITE DE PAGO |
| \$ ****156,051.00        | \$ *****7,000.00  | \$ *****30,979.00 | \$ *****194,030.00     | \$ *****51,097,130.00 | / /                  |
| INTERMEDIARIO            |                   |                   | DISTRIBUCION COASEGURO |                       |                      |
| NOMBRE                   | CLAVE             | % DE PART.        | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART.               | VALOR ASEGURADO      |
| CAICEDO Y ASOCIADOS LTDA | 153973            | 100.00            |                        |                       |                      |

| PLAN DE PAGO | CONTADO |
|--------------|---------|
|--------------|---------|

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.

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

14-101089231



(415)7709998021167(8020)11011629839750(3900)000000194030(96)20181206

REFERENCIA  
PAGO:  
1101162983975-0

**FIRMA AUTORIZADA:** Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |                                             |  |                              |                      |                                     |  |
|-----------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--|--|----------------------|---------------------------------------------|--|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>CALI                  |  |  | SUCURSAL<br>CALI                            |  |  |                      | COD.SUC<br>45                               |  | NO.PÓLIZA<br>45-44-101089231 |                      | ANEXO<br>0                          |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>14 12 2017 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>06 12 2017 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>30 12 2018 |  |                              | A LAS HORAS<br>23:59 | TIPO MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL |  |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                             |  |  |  |                     |  |  |  |                                   |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL                       |  |  |  | ARTHROMEDS S.A.     |  |  |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 900.131.246-1 |  |  |  |
| DIRECCIÓN: CL 19 NTE NRO. 2 N - 29 OF 3101A |  |  |  | CIUDAD: CALI, VALLE |  |  |  | TELÉFONO:                         |  |  |  |
|                                             |  |  |  |                     |  |  |  |                                   |  |  |  |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                          |  |                             |                                   |                  |  |
|----------------------------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO: SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA |  |                             | IDENTIFICACIÓN NIT: 811.032.059-3 |                  |  |
| DIRECCIÓN: CARRERA 43A NO. 48C SUR 45                    |  | CIUDAD: ENVIGADO, ANTIOQUIA |                                   | TELÉFONO 3390738 |  |
| ADICIONAL:                                               |  |                             |                                   |                  |  |

**COPIA PARA PAGO**

**EN BANCOS NO**

**NEGOCIABLE**

|                                       |                                       |                          |                                     |                                                |                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ ****156,051.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****7,000.00 | IVA<br>\$ *****30,979.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****194,030.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****51,097,130.00 | FECHA LIMITE DE PAGO<br>/ / |
| INTERMEDIARIO                         |                                       |                          | DISTRIBUCION COASEGURO              |                                                |                             |
| NOMBRE<br>CAICEDO Y ASOCIADOS LTDA    | CLAVE<br>153973                       | % DE PART.<br>100.00     | NOMBRE COMPAÑÍA                     | % PART.                                        | VALOR ASEGURADO             |

PLAN DE PAGO CONTADO

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.

| FORMA DE PAGO |            |       |
|---------------|------------|-------|
| BANCO         | CHEQUE No. | VALOR |
|               |            |       |
| EFFECTIVO     |            |       |
| CHEQUE        |            |       |
| TOTAL \$      |            |       |



(415)7709998021167(8020)11011629839750(3900)000000194030(96)20181206

## CONVENIOS DE PAGO

BANCO DE BOGOTÁ SEGUROS DEL ESTADO S.A. CUENTA CORRIENTE 008465445

BANCOLOMBIA SEGUROS DEL ESTADO S.A. CONVENIO 47189

REFERENCIA  
PAGO:  
1101162983975-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE