



SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

Código: A-FM-CN-CO-01-01

ACTO DE APROBACIÓN DE LA GARANTÍA COMO REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y VERIFICACIÓN LEGALIZACIÓN

Versión: 2

ORDEN CONVENIO CONTRATO NÚMERO 139431 FECHA 17/12/2024
REDUCCIÓN NÚMERO 13943101 FECHA

Tomador/afianzado: OMAR HENRY CORTES VELASQUEZ NIT. 79204832
Beneficiario/asegurado: MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL NIT. 899999001
Garante: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT.

Table with 6 columns: Fecha de inicio: 26/12/2024, Fecha inicial de terminación: 30/11/2025, Nueva fecha de terminación: 30/11/2025, Valor inicial: \$ 14.329.400, Valor final: \$ 13.167.241

Table with 5 columns: Número de póliza de cumplimiento, Anexo, Fecha de expedición, Número de póliza de responsabilidad, Anexo, Fecha de expedición, Número de garantía, Anexo, Fecha de expedición, Resumen de Prórrogas y/o Adiciones (No. adicional, Fecha, Tipo, Valor/Fecha de terminación)

Table with 8 columns: Amparo, Requiere, % Asegurado, Inicio Vigencia, Vencimiento Vigencia, Nuevo Vencimiento, Valor Asegurado, Nuevo Valor Asegurado. Rows include CUMPLIMIENTO, PAGO DE SALARIOS_PRESTACIONES SOCIALES, CALIDAD DEL SERVICIO, CALIDAD CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS B, and Otra. Cual.

Observaciones La garantía de cumplimiento, cumple con los plazos y porcentajes indicados en el contrato a ser amparados.

Revisó: TATIANA RAMIREZ YEPES [Signature]

Fecha de Aprobación: 5 de mayo de 2025

Firma: [Signature]

JESUS ALBERTO CAMPO MAZABEL

Coordinador Grupo de Ejecución y Liquidación contractual



DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza: 994000029678 **Número de anexo:** 1

Agencia: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT **Ramo:** CUMP. ENT. ESTATALES

Asegurado / Beneficiario: MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Tomador / Garantizado: CORTES VELASQUEZ OMAR HENRY

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CUMPLIMIENTO	martes, 17 de diciembre de 2024	sábado, 30 de mayo de 2026	\$1,316,724.10
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	martes, 17 de diciembre de 2024	jueves, 30 de noviembre de 2028	\$658,362.05
CALIDAD DEL SERVICIO	martes, 17 de diciembre de 2024	lunes, 30 de noviembre de 2026	\$1,316,724.10
CALIDAD DEL BIEN	martes, 17 de diciembre de 2024	lunes, 30 de noviembre de 2026	\$1,316,724.10

[Nueva Consulta](#)
[Visualizar PDF](#)



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3003944943

PÓLIZA No: 300 -89 - 994000001625 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **ARMENIA** COD. AGE: 300 RAMO: 89 PAP: **ARMENIA**

DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS VIGENCIA DE LA PÓLIZA

01 04 2025 31 03 2025 23:59 31 03 2026 23:59 04 04 2025

FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS VIGENCIA DEL ANEXO

31 03 2025 23:59 31 03 2026 23:59 31 03 2026 23:59 31 03 2026 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **JADY MARCELA ORJUELA MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1097.390.712**

DIRECCIÓN: **MZ G 8, GAITAN** CIUDAD: **CALARCÁ, QUINDÍO** TELÉFONO: **3215984718**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **JADY MARCELA ORJUELA MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1097.390.712**

DIRECCIÓN: **MZ G 8, GAITAN** CIUDAD: **CALARCÁ, QUINDÍO** TELÉFONO: **3215984718**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **QUINDÍO** CIUDAD: **CALARCÁ**

DIRECCION: **MANZANA 6 No. 8-0**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLVL en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****50,000	GASTOS EXPEDICION: \$*****15,000.00	IVA: \$ *****12,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****77,350
---	--------------------------------	--	------------------------	----------------------------------

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.

Compañía de Seguros
CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuración : 1024 x 768
Dirección: Calle 100 No. 9A - 45. Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Reservados