

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	202182100077923
Fecha:	04-06-2021
Dependencia	8210 Grupo de Contratación
Expediente	20218210160700243E

MEMORANDO

Bogotá, 4 de junio 2021

PARA: OLGA LUCIA MORALES NOVA

Grupo Infraestructura y Soporte de T.I

DE: LUZ DARY SANCHEZ GUTIERREZ

Coordinadora Grupo de Contratación De Bienes Y Servicios

Asunto: Aprobación póliza Contrato 542 de 2021 (Orden de Compra 70314)

Referenciado: N/A

Respetado Ever:

En ejercicio de las funciones asignadas mediante Resolución No. 180 de 2017 expedida por el Superintendente Nacional de Salud, y de conformidad con el artículo 7 de la Ley 1150 de 2007 y sus Decretos Reglamentarios, se procedió a la revisión y aprobación de la póliza respecto del contrato que a continuación se describe:

Orden de Compra	70314
Contrato (número interno)	542 de 2021
Contratista / Tomador:	Media Commerce Partners SAS
Registro presupuestal número:	159921
Fecha de Registro Presupuestal	3 de junio de 2021
Compañía aseguradora:	Seguros Mundial
Tipo de aprobación:	Garantía de Cumplimiento
Póliza Numero:	EC-100019583

Anotaciones:

Ninguna

Amparo	Valor asegurado	Vigencia	
		Desde	Hasta
Cumplimiento	\$18.937.055	03/06/2021	31/01/2023

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.3.1.7; 2.2.1.2.3.1.12; 2.2.1.2.3.1.15 y 2.2.1.2.3.1.13 del Decreto 1082 de 2015 se verificó que el anexo de la citada póliza cumple con las condiciones generales previstas, según el objeto del contrato.

Por lo anterior se imparte la aprobación de la póliza, en Bogotá D.C., a cuatro (4) días del mes de junio de 2021.

Cordialmente

LUZ DARY SANCHEZ GUTIERREZ

Coordinadora Grupo de Contratación de Bienes y Servicios

Anexos Electrónicos:

Proyectó: Natalia Cardenas

Revisó: Luz Dary Sanchez Gutierrez

Aprobó: Diana Jimena Ramirez Barrera

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R0000000059-D001

Nº. PÓLIZA	EC-100019583	Nº. ANEXO	0	Nº. CERTIFICADO	50141574	Nº. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/06/2021	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA EJE CAFETERO
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA
00:00 Horas Del 03/06/2021		24:00 Horas Del 31/01/2023			N/A		N/A
TOMADOR	MEDIA COMMERCE PARTNERS S A S					Nº. DOC. IDENTIDAD	819006966
DIRECCIÓN	CALLE 55 # 71 - 57					TELÉFONO	3175731653
ASEGURADO	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD					Nº. DOC. IDENTIDAD	8600621874
DIRECCIÓN	CARRERA 68A NO. 24B - 10.					TELÉFONO	7442000
BENEFICIARIO	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD					Nº. DOC. IDENTIDAD	8600621874
DIRECCIÓN	CARRERA 68A NO. 24B - 10.					TELÉFONO	7442000

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA ORDEN DE COMPRA NO70314, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS DE CONECTIVIDAD AL AMPARO DEL ACUERDO MARCO DE PRECIOS PARA LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 03/06/2021	24:00: Horas Del 31/01/2023	18.937.055	56.687
TOTAL ASEGURADO			\$ 18.937.055	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
QUALITY GRUPO ASEGUR	AGENCIAS	100.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 03/06/2021
------------------	---

PRIMA BRUTA	\$ 56.687
DESCUENTOS	\$ 0
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 56.687
GASTOS EXP.	\$ 5.000
IVA	\$ 11.721
TOTAL A PAGAR	\$ 73.408

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDEN CONSULTAR TU PÓLIZA EN WWW.SEGUROSUNIDIAL.COM.CO

EL TOMADOR, Y/O ASURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADÉMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTIICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Allen Chubb

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

James H. H. H.

TOMADOR



Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **EC-100019583** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **MEDIA COMMERCE PARTNERS S A S** Asegurado o Beneficiario: **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD / SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, expedida por la Compañía en **03/06/2021**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

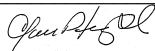
Se firma en **AGENCIA EJE CAFETERO** a los **03** días del mes **JUNIO** del año **2021**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

PAGARE No. POR \$ _____ VENCIMIENTO _____

Yo, mayor de edad e identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio (si actúo como Persona Natural), o en mi condición de Representante Legal de la sociedad cuya razón social se encuentra identificada al pie de mi firma, debidamente facultado (si actúo como Representante Legal de Persona Jurídica); por medio del presente manifiesto que pagaré incondicionalmente a la orden de COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. la cantidad de _____ Pesos (\$ _____) moneda legal Colombiana, suma que pagaré incondicionalmente a la mencionada Sociedad, o a su orden a la presentación de este pagaré. Reconoceré además, en la mora, intereses moratorios a la tasa máxima legalmente permitida el día del vencimiento, los que se liquidarán, desde el primer día de retardo, sobre la totalidad del saldo insoluto del capital. El lugar de cumplimiento de la obligación será _____



FIRMA
Nombre:
Identificación:
Razón Social:

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL PAGARÉ No.

Señores:
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Ciudad

Fecha: 03/06/2021 17:33:21

Apreciados señores:

En la fecha he suscrito a la orden de ustedes el pagaré con espacios en blanco impreso en la parte superior de esta carta, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio.

Les autorizo expresamente para llenar sin previo aviso los espacios que figuran en blanco en dicho pagaré o sea los relativos al lugar de cumplimiento de las obligaciones a la fecha del vencimiento y a la cuantía, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. La ciudad donde deban cumplirse las obligaciones será elegida por la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. o directamente en el lugar donde está su sede.
 2. La cuantía que de antemano tiene mi aceptación, será igual al monto que la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. pague con ocasión de el (los) siniestro(s) que afecte(n) una o varias pólizas de cumplimiento que hubieran sido expedidas o lo sean en el futuro, por cualquiera de sus coberturas en las que aparezca como tomador o afianzado cuando quiera que a juicio de la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., haya lugar al pago de siniestro y aún en contra de la voluntad del tomador de la póliza. *Por cualquier gasto en que incurra la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. para la defensa judicial o extrajudicial de la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., con ocasión de reclamación(es) que afecte(n) la(s) póliza(s) expedida(s), este rubro comprende sin ser taxativo: Honorarios de abogado, honorarios de peritos, gastos de defensa o los realizados o que deban efectuarse judicial o extrajudicialmente por la cobranza de la obligación cambiaria incorporada en este pagaré, *La prima no pagada de la(s) póliza(s) expedidas al tomador o afianzado mencionado en el numeral 2 de la presente Carta de Instrucciones.
 3. La fecha de vencimiento será la del día en que sea llenado el pagaré.
 4. Los espacios en blanco del pagaré podrán ser llenados por la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. cuando pague una indemnización y demás gastos, con base en la(s) póliza(s) expedida(s) al tomador o afianzado mencionado en el numeral 2 de la presente Carta de Instrucciones, teniendo en cuenta sus prórrogas, renovaciones y modificaciones.
- El pagaré así llenado será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos ni requerimientos. Autorizo a la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo o entidades que manejan bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos referentes a mi actual y pasado comportamiento comercial y crediticio. Dejo constancia que de la presente carta de instrucciones he dejado copia en mi poder.



FIRMA
Nombre:
Identificación:
Razón Social:

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

50141574

Fecha de Facturación	03/06/2021	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	EC-100019583	
Periodo Facturado	03/06/2021	31/01/2023

Fecha Límite de Pago	18/07/2021	
Prima (incluye gastos de expedición)	61.687,00	
IVA	11.721,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$		73.408,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	MEDIA COMMERCE PARTNERS S A S	
CALLE 55 # 71 - 57	819006966	
Intermediario	QUALITY GRUPO ASEGUR	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **18/07/2021** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

50141574

Fecha de Facturación	03/06/2021	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	EC-100019583	
Periodo Facturado	03/06/2021	31/01/2023

Fecha Límite de Pago	18/07/2021	
Prima (incluye gastos de expedición)	61.687,00	
IVA	11.721,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$		73.408,00

EFECTIVO

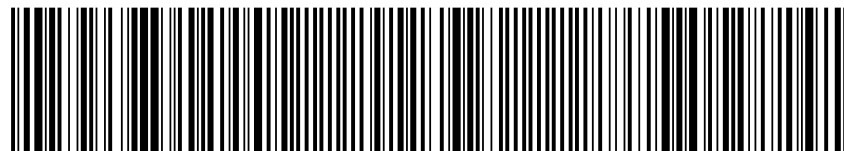
\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	MEDIA COMMERCE PARTNERS S A S	
CALLE 55 # 71 - 57	819006966	
Intermediario	QUALITY GRUPO ASEGUR	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)00000050141574(3900)000000073408(96)20210718

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990050141574(3900)000000073408(96)20210718

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES








OPCIÓN 2



BANCOS









CORRESPONSALES



Tu compañía siempre

TÍTULO	POLIZA NUEVA OC SUPERSALUD
NOMBRE DEL ARCHIVO	POL_95_10_100019583_0_1.pdf
ID. DEL DOCUMENTO	3a54f87abe167a7a5e779ba14d546210345c4c35
FORMATO FECHA REG. AUDIT.	DD / MM / YYYY
ESTADO	● Completada

Historial del documento

 ENVIADO	03 / 06 / 2021 22:13:42 UTC-4	Enviado para firmar a CLAUDIA PATRICIA JIMENEZ URIBE (claudia.jimenez@mc.net.co) por johana.diaz@mc.net.co. IP: 191.109.164.228
 VISTO	03 / 06 / 2021 22:57:50 UTC-4	Visto por CLAUDIA PATRICIA JIMENEZ URIBE (claudia.jimenez@mc.net.co) IP: 181.58.23.20
 FIRMADO	03 / 06 / 2021 22:58:02 UTC-4	Firmado por CLAUDIA PATRICIA JIMENEZ URIBE (claudia.jimenez@mc.net.co) IP: 181.58.23.20
 COMPLETADO	03 / 06 / 2021 22:58:02 UTC-4	Se completó el documento.