



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
61	30	2410

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

TIPO DE POLIZA : GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO

FECHA SOLICITUD DÍA MES AÑO 14 12 2020	CERTIFICADO DE EXPEDICION	N° CERTIFICADO 0	N° AGRUPADOR	SUCURSAL FRANQUICIA BOGOTA MODELIA	
TOMADOR DIRECCIÓN	INDRA COLOMBIA S.A.S CLL 96 NO 13 11, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA			NIT 830.013.774-1 TELÉFONO 6463600	
AFIANZADO DIRECCIÓN	INDRA COLOMBIA S.A.S CLL 96 NO 13 11, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA			NIT 830.013.774-1 TELÉFONO 6463600	
BENEFICIARIO DIRECCIÓN	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD KR 68A N° 24B 10 TO 3 PI 4 9 y 10, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA			NIT 860.062.187-4 TELÉFONO 4817000	
MONEDA Pesos	PUNTO DE VENTA	FECHA CORTE NOVEDADES	FECHA MAXIMA DE PAGO	VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS
TIPO CAMBIO 1.00		FECHA MAXIMA DE PAGO	DÍA MES AÑO 13 1 2021	DÍA MES AÑO HORA 10 12 2020 00:00	DÍA MES AÑO HORA 31 07 2025 00:00

DETALLE DE COBERTURAS

Asegurado : SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD NIT: 860.062.187-4

Ramo : CUMPLIMIENTO

AMPAROS CONTRATADOS

VALOR ASEGURADO Vig. Desde Vig. Hasta

CUMPLIMIENTO	249,325,189.00	10/12/2020	31/01/2023
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONE	166,216,792.00	10/12/2020	31/07/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	166,216,792.00	10/12/2020	31/01/2023

OBJETO DE LA POLIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA ORDEN DE COMPRA NO.61377, REFERENTE A PRESTAR LOS SERVICIOS DE BPO-MESA DE SERVICIO PARA LA SNS, BAJO EL ACUERDO MARCO DE PRECIOS QUE SE ENCUENTRE VIGENTE.

VALOR TOTAL ORDEN DE COMPRA:\$ 1.662.167.923,78
PLAZO DE EJECUCION: DESDE 10/12/2020 HASTA 31/07/2022

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD NIT.860.062.187-4

LA PRESENTE POLIZA SE RIGE BAJO EL DECRETO 1082 DE 2015
LA PRESENTE POLIZA SE RIGE BAJO EL CLAUSULADO N 12/10/2017-1306- P-05-P/531/OCTUBRE/17-D00I A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES.

FACTURA A NOMBRE DE: INDRA COLOMBIA S.A.S

FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO (ARTICULO 81 Y 82, LEY 45 DE 1990).

VALOR ASEGURADO TOTAL	\$ *****581,758,773.00
PRIMA	\$*****4,154,281.34
	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$*****789,313.45
AJUSTE AL PESO	\$*****0.21
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*****4,943,595.00

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA (*) Y PARTICULARES RELACIONADAS EN HOJA ANEXA.

(*) FORMA ANEXA:

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.C

A LOS 14 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2020

FIRMA AUTORIZADA				EL TOMADOR			
DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				45591	Agencia	GESTION INTEGRAL DE SEGURO	50.00
				45592	Agencia	SEGUROS Y ESTRATEGIAS LTDA	50.00



Defensoría del Consumidor Financiero, Teléfono 7456300 Exts 4910, 4911, 4830, 4959, 3412 Fax OP 1 EXT 3473,
Correo electrónico defensoria: cfinanciero@defensoria.com.co Dirección Oficina: Calle 12 B # 7-90 piso 2 Bogotá D.C.
OFICINA: CARRERA 7ª No. 24-89 PISO 7º TEL 3364677 BOGOTÁ D.C. COLOMBIA

USUARIO: MCRDRIGUEZC

-ORIGINAL - CLIENTE-

P_XXXXXX

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO POLIZA No.2410

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 1	
TOMADOR	INDRA COLOMBIA S.A.S	NIT	830.013.774-1
DIRECCIÓN	CLL 96 NO 13 11, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6463600
AFIANZADO	INDRA COLOMBIA S.A.S	NIT	830.013.774-1
DIRECCIÓN	CLL 96 NO 13 11, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	6463600
BENEFICIARIO	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	NIT	860.062.187-4
DIRECCIÓN	KR 68A N° 24B 10 TO 3 PI 4 9 y 10, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	4817000

BENEFICIARIOS	
Nombre	Documento
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	NIT 860.062.187-4



SUC.	RAMO	POLIZA No.
61	30	2410

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERAN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL : \$**4,943,594.79
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$**0.00
FORMA DE PAGO CONVENIDA : CONTADO 30 DIAS

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGUN CONVENIO
13/01/2021	\$*****4,943,594.79

SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE (30) TREINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SE FIRMA EN BOGOTA D.C

EN DICIEMBRE 14

DE 2020



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

EL ASEGURADO



8687E555833F45B