

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL



CODIGO DE RECAUDO
1108200163200001

PÓLIZA
AB001632

FACTURA
AB020328

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00082 **CERTIFICADO** AB019652 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 3174329877
AGENCIA FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA **DIRECCIÓN** CALLE 23 DN # 5B - 05 IB/VERSALLES

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
12	08	2026	DESDE	DD	MM	AAAA	2026	HORA	12:00	12	08
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	2029	HORA	12:00	DD	MM
				10	08						
				30	09						

DATOS GENERALES

TOMADOR FARMART LTDA
DIRECCIÓN CALLE 9C #44-30
ASEGURADO RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
DIRECCIÓN CR 12 E 50 18 BRR VILLACOLOMBIA
BENEFICIARIO RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
DIRECCIÓN CR 12 E 50 18 BRR VILLACOLOMBIA
AFIANZADO FARMART LTDA
DIRECCIÓN CALLE 9C #44-30

E-MAIL FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM
E-MAIL FINANCIERO@SALUDCENTRO.GOV.CO
E-MAIL FINANCIERO@SALUDCENTRO.GOV.CO
E-MAIL FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM

NIT/CC 900432887
TEL/MOVIL 3168340457
NIT/CC 805027261
TEL/MOVIL 3178349441
NIT/CC 805027261
TEL/MOVIL 3178349441
NIT/CC 900432887
TEL/MOVIL 3168340457

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo)	CALI VALLE DEL CAUCA CALI RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	\$6,200,000.00
Calidad y Correcto Funcionamiento de los Bienes y Equipos Suministrados	\$6,200,000.00
Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral	\$4,960,000.00

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
10/08/2026	30/03/2027	232
10/08/2026	30/03/2027	232
10/08/2026	30/09/2029	1147

VALOR ASEGURADO TOTAL \$17,360,000.00

NÚMERO DE RIESGOS	
PRIMA NETA	GASTOS
\$100,000.	\$7,000.
IVA	
\$20,330.	
TOTAL POR PAGAR	
\$127,330.	

FORMA DE PAGO	
Contado	
COASEGURO	
COMPANÍA	PARTICIPACIÓN
	%

ENTIDAD BANCARIA		
INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
900709184	JAL SEGUROS LTDA	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

[Firma Tomador]

FIRMA TOMADOR



PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392.
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

CODIGO DE RECAUDO
1108200163200001

PÓLIZA
AB001632

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

FACTURA
AB020328



equidad
seguros

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 PRODUCTO CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00082 CERTIFICADO AB019652 DOCUMENTO Nuevo TEL: 3174329877
AGENCIA FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA DIRECCIÓN CALLE 23 DN # 5B - 050B/VERSALLES

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
12	08	2026	DESDE	DD	10	MM	08	AAAA	2026	HORA	12:00	12	08	2026
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	09	AAAA	2029	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR FARMART LTDA NIT/CC 900432887
DIRECCIÓN CALLE 9C #44-30 E-MAIL FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM TEL/MOVIL 3168340457

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 13/10/2021-1501-P-05-GCUMC00002000403-D001, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

CONTRATO DE SUMINISTRO No. 102.5.4.017.2026

OBJETO:

PRESTAR EL SERVICIO DE SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS). REQUERIDOS POR LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUA VIGENTES.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392.
Desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA
AB001633

FACTURA
AB020329



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C.E. ENTIDAD ESTATAL	ORDEN	
CERTIFICADO	AB019658	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	APORTIZ82
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA	TELEFONO	3174329877		
		DIRECCIÓN	CALLE 23 DN # 5B - 05PB/VERSALLES		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	
13 08 2026		DESDE DD 10 MM 08 AAAA 2026		13 08 2026	
DD MM AAAA		HASTA DD 30 MM 09 AAAA 2026		DD MM AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	FARMART LTDA	EMAIL	FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM	NIT/CC	900432887
DIRECCIÓN	CALLE 9C #44-30			TEL/MOVL	3168340457
ASEGURADO	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.	EMAIL	FINANCIERO@SALUDCENTRO.GOV.CO	NIT/CC	805027261
DIRECCIÓN	CR 12 E 50 18 BRR VILLACOLMBIA			TEL/MOVL	3178349441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	EMAIL	notlene@notlene.com	NIT/CC	111111113
DIRECCIÓN				TEL/MOVL	

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo) Clausulado N°	CALI VALLE DEL CAUCA CALI RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. 20-10-2021-1501-P-06-0000000001007-D001

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Predios Labores y Operaciones.	\$350,181,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Contratistas y Subcontratistas.	\$0.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil Patronal.	\$0.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Gastos Médicos	\$0.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$350,181,000.00	\$0.00		\$0.00	\$0.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA	
COMPANÍA	PARTICIPACIÓN %	CÓDIGO	NOMBRE PARTICIPACIÓN %
		900709184	JAL SEGUROS LTDA

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.



Handwritten signature

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7480392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA
AB001633

FACTURA
AB020329



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificación PRODUCTO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL
CERTIFICADO AB019858 FORMA DE PAGO Contado TELEFONO 3174329877
AGENCIA FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA DIRECCIÓN CALLE 23 DN # 5B - 05CB/VERSALLES

ORDEN 1
USUARIO APORTIZ82

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DE LA POLIZA

FECHA DE IMPRESIÓN

13 DD	08 MM	2026 AAAA	DESDE HASTA	DD 10 DD 30	MM 08 MM 09	AAAA 2026 AAAA 2026	HORA HORA	12:00 12:00	13 DD	08 MM	2026 AAAA
----------	----------	--------------	----------------	----------------	----------------	------------------------	--------------	----------------	----------	----------	--------------

DATOS GENERALES

TOMADOR FARMART, LTDA
DIRECCIÓN CALLE 9C #44-30

EMAIL FACTURACIONSUMINISTROS@FARMARTIPS.COM

NIT/CC 900432887
TEL/MOVL 3168340457

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA ACLARACION DEL VALOR ASEGURADO PARA LA POLIZA, ASI:

VALOR ASEGURADO: \$350.181.000.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA DESCRITA EN EL DETALLE DE LA PÓLIZA, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A LA PAGINA www.laequidadseguros.coop

CONTRATO DE SUMINISTRO No. 102.5.4.017.2026

OBJETO:

PRESTAR EL SERVICIO DE SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS), REQUERIDOS POR LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUA VIGENTES.

SEGURO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

DE CUMPLIMIENTO Y RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL TOMADAS POR FARMART S.A.S

KELLY JOHANNA ANGULO MARIN, mayor de edad, vecino de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.144.149.503 de Cali (Valle), en calidad de Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Red de Salud del Centro E.S.E., del Municipio de Santiago de Cali, con número de Nit. 805.027.261-3, según Resolución de Nombramiento No. 1-15-107-2025, del 21 de abril de 2025 y Acta de Posesión No. 873 del 02 de mayo de 2025, para dar cumplimiento a la cláusula quince del contrato de suministro, y al numeral 18.2 del artículo 18 del Acuerdo No.1.02.109.2025 del 20 de octubre de 2025, "por el cual se actualiza el Estatuto de Contratación de la Red de Salud del Centro E.S.E., que estipula **"EJECUCIÓN DEL CONTRATO**. Para iniciar la ejecución de los contratos se requiere: "... 18.2 Aprobación de las Garantías, cuando a ello hubiere lugar", se permite emitir la:

APROBACIÓN

OBJETO: PRESTAR EL SERVICIO DE SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS), REQUERIDOS POR LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

VALOR: SESENTA Y DOS MILLONES DE PESOS (\$62.000.000) M/CTE.

NOMBRE DEL AMPARO	SE REQUIERE	VALOR	VIGENCIA
CUMPLIMIENTO	X	Por el diez por ciento (10%) del valor del contrato	Por el término de duración del contrato y seis (6) meses más.
CALIDAD DEL SERVICIO	X	Por el diez por ciento (10%) del valor del contrato	Por el término de duración del contrato y seis (6) meses más.
DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIÓN DE PERSONAL	X	Equivalente al Ocho (8%) por ciento del valor total del Contrato	Por el término de duración del contrato y tres (3) años más.
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	X	200 SMLMV	Por el termino de duración del mismo

GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO.

Amparos: Cumplimiento, calidad del servicio y pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización de personal

Póliza No. AB001632
Por: Equidad Seguros
NIT: 860028415

Nombre del Amparo	Porcentaje %	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada
Cumplimiento	10%	10/08/2026	30/03/2027	\$ 6.200.000
Calidad del servicio	10%	10/08/2026	30/03/2027	\$ 6.200.000
Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización de personal	8%	10/08/2026	30/09/2029	\$ 4.960.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

Póliza No.AB001633
Por: Equidad Seguros
NIT: 860028415

Nombre del Amparo	Valor	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada
Predios Labores y Operaciones Contratistas y subcontratistas Vehículos propios y no propios	200 SMMLV	10/08/2026	30/09/2026	\$ 350,181,000.00

Asegurado: Red de Salud del Centro Empresa Social del Estado, identificada con NIT. 805.027.261-3.

Que ampara el (la) Contrato de Suministro No. 102.5.4.017.2026

Conforme a lo anterior, se procedió a verificar la validez de la Garantía Única allegada a través de la página web de la respectiva compañía de seguros, la cual se puede observar en el anexo de la consulta, conforme a la Circular conjunta No. 001 del 20 de agosto de 2021, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente.

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL		equidad seguros	
CODIGO DE RECAUDO 1108200163200001	POLIZA AB001632	FACTURA AB020328	NIT 860028415
INFORMACIÓN GENERAL COD. PRODUCTO 0403 PRODUCTO CUMPLIMIENTO ESTATAL COD. AGENCIA 00042 CERTIFICADO ADO19613 DOCUMENTO Nuevo TEL: 3174328377 AGENCIA FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA DIRECCIÓN CALLE 23 ON 8 53 - 05 BVERSALES			
FECHA DE EXPEDICIÓN 12 08 2026 DESDE 10 08 2026 HASTA 30 09 2026		VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE 10 08 2026 HASTA 30 09 2026	
DATOS GENERALES TOMADOR FARMAT LTDA NITCC 500432887 DIRECCIÓN CALLE SC 44-32 E-MAIL FACTURACION@SUMINISTROS@FARMATIPS.COM TEL/MOVIL 3168340457 ASEGURADO RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. NITCC 805027261 DIRECCIÓN CR 12 E 58 18 BRR VILLACOLMBIA E-MAIL FINANCIERO@SALUDCENTRO.GOV.CO TEL/MOVIL 3176348441 BENEFICIARIO RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. NITCC 805027261 DIRECCIÓN CR 12 E 58 18 BRR VILLACOLMBIA E-MAIL FINANCIERO@SALUDCENTRO.GOV.CO TEL/MOVIL 3176348441 AFIANZADO FARMAT LTDA NITCC 500432887 DIRECCIÓN CALLE SC 44-32 E-MAIL FACTURACION@SUMINISTROS@FARMATIPS.COM TEL/MOVIL 3168340457			
INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO DESCRIPCIÓN Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo)		DETALLE CALI VALLE DEL CAUCA CALI RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.	
INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO GARANTÍAS OTORGADAS VALOR AFIANZADO Cuentas de Corriente \$0.200.000.00 Calidad y Correo Funcionamiento de los Bienes y Equipos Suministrados \$4.200.000.00 Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral \$4.200.000.00		VIGENCIAS GARANTÍA FECHA DE INICIO FECHA DE TERMINACIÓN DÍAS DE VIGENCIA 10/08/2026 30/09/2026 232 10/08/2026 30/09/2026 232 10/08/2026 30/09/2026 1147	

ACTA DE APROBACION DE POLIZAS



SEGURO									
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL									
PÓLIZA		FACTURA		NIT 860028415					
AB001633		AB020329							
INFORMACIÓN GENERAL									
DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C.E. ENTIDAD ESTATAL						
CERTIFICADO	AB019658	FORMA DE PAGO	Contado						
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA		TELEFONO 3174329877						
FECHA DE EXPEDICIÓN		DIRECCIÓN		CALLE 23 DN # 58 - 05 B/VERSALLES					
13	08	2026	DESDE	10	10	08	00	12:00	FECHA DE IMPRESIÓN
00	M/M	AAAA	HASTA	10	30	09	00	12:00	13 08 2026
DATOS GENERALES									
TOMADOR	FARMART LTDA		EMAIL		FACTURACION@SUMINISTROS@FARMARTIPS.COM				
DIRECCIÓN	CALLE 9C #44-30		EMAIL		FINANCIERO@SALUDCENTRO.GOV.CO				
ASEGURADO	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.		EMAIL		notificaciones@saludcentro.gov.co				
DIRECCIÓN	CR 12 E 80 18 BRR VILLACOLOMBIA								
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS								
DIRECCIÓN									
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO									
DETALLE					DESCRIPCIÓN				
Ciudad (Ubicación del Riesgo)					CALI				
Departamento					VALLE DEL CAUCA				
Localidad, Comuna o Barrio					CALI				
Dirección (Ubicación del Riesgo)					RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.				
Clausulado N°					20-10-2021-1501-P-06-0000000001007-0001				
COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO									
DESCRIPCIÓN		VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA				
Predios Labores y Operaciones.		\$350,181,000.00	10.00%	1.00	mensly \$3.00				
Contratistas y Subcontratistas.		\$0.00	10.00%	1.00	mensly \$3.00				
Responsabilidad Civil Patronal		\$0.00	10.00%	1.00	mensly \$3.00				
Gastos Médicos		\$0.00	10.00%	1.00	mensly \$3.00				

En consecuencia, como Gerente de la Red de Salud del Centro E.S.E. y teniendo en cuenta que el Seguro de Cumplimiento y Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual, a favor de entidad estatal allegados por la empresa **FARMART S.A.S.**, se encuentran acordes a las garantías solicitadas por la entidad y los montos son suficientes para cubrir los riesgos del citado contrato, se procede a impartir aprobación a las pólizas de Garantía de cumplimiento y Responsabilidad Civil Extracontractual, con lo cual se reúne el requisito de legalización para iniciar la ejecución del contrato

Dada en Santiago de Cali., a los trece (13) días del mes de agosto del año dos mil veintiséis (2026).

KELLY JOHANNA ANGULO MARÍN
Jefe Oficina Asesora Jurídica
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Elaboró: Daniela García Pinzón – Profesional Administrativa AGESOC. DG

