



POLIZA UNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

EXPEDIDA EN	OFICINA	CODIGO	FECHA DE EXPEDICION		
SAN ANDRES ISLAS	SAS 71		DIA 5	MES 10	AÑO 2001

POLIZA

No. 7489028

ASEGURADO/BENEFICIARIO:

DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. O.C.C.:

892.400.038

TOMADOR/AFIANZADO:

SAFASALUD ARS UNION TEMPORAL

NIT. O.C.C.:

81.307.423

DIRECCION:

Av. Fco. Neiva No. 4-133

CIUDAD:

SAN ANDRES

TEL:

5126301

COASEGURO:

ACEPTADO

CECIDO

CODIGO

COMPANIA

VR. ASEGURADO

%

PRIMA

COMISION

PRIMA

\$ 31,000

GASTOS

\$ 5,000

IVA

\$ EXENTO

TOTAL
A PAGAR

\$ 36,000

OBJETO DEL SEGURO:

Garantizar el CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. 060 de RADICACION UT0013300105, relacionado con la Administracion de los recursos del regimen subsidiado y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social.

Aprobación Superbancaria Res. 5143 Dic. 31 1991

CONTRA GARANTIA No.

136937

AMPAROS	SUMAS ASEGURADAS	VIGENCIAS	
		DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO	\$ 3,436,960	01.10.2001	27.09.2002

SUMA ASEGURADA TOTAL: (LETRAS)

\$

3,436,960

OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS

MONTE

NOMBRE INTERMEDIARIO

CLASE

CLAVE

MUNDO SOAT LTDA

RICARDO TORRES

CORREDOR

4090

Tel 5122611



MUNDO ASEGURADOR LTDA.

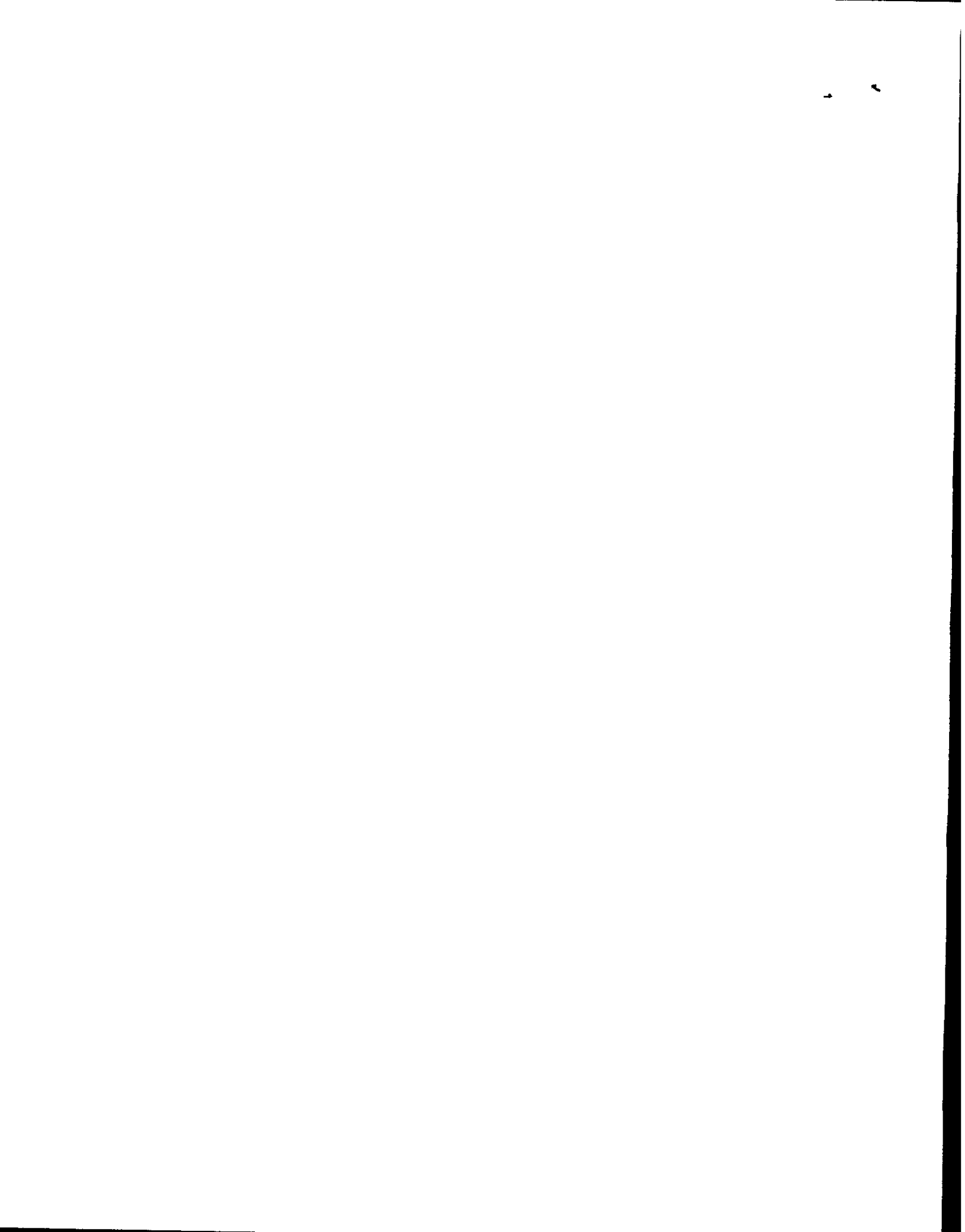
MUNDO SOAT

FIRMA AUTORIZADA
NIT: 830.046.864-6

EL TOMADOR (O SU APODERADO)

DIRECCION PARA NOTIFICACIONES: CALLE 119 No. 16-59 CONMUTADOR: 612 0666 FAX: 215 6121 BOGOTA, D.C. - COLOMBIA

CONPALPR LTDA. TEL: 201 8165



DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

EL GRUPO DE PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA

CERTIFICA

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 056 DE 2001

Para el Cumplimiento de las Obligaciones Fiscales del Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, el Contrato No.060 de 2001 , por la cantidad de OCHENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 84,369.600.00) M/CTE.....

Celebrado entre el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y CAJA SALUD ARS UNION TEMPORAL se Imputara con cargo al Programa 2.2.12.1 Subprograma 06 del Presupuesto de la Vigencia Fiscal del 2001, Cuyo Objeto es, Administración Recursos Régimen Subsidiado de los beneficiarios de Seguridad Social en salud, y el Profesional Especializado del Grupo de Presupuesto Registra, Aprueba y Certifica que existe partida a la cual es imputado el gasto proyectado libre de compromiso en cuantía suficiente, el cual se reserva en forma legal.

Para constancia de firma en San Andrés Isla a los Un (01) días del mes de Octubre de Dos Mil Uno (2001)



CASTOR DAVIS MANUEL
Profesional Especializado

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA
CATALINA

Certificado de Disponibilidad No. 89-2435

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO ENCARGADO DEL GRUPO DE PRESUPUESTO DE LA
SECRETARIA DE HACIENDA

CERTIFICA :

Que dentro del Presupuesto Departamental para la Vigencia del 2001, representado por la
Ordenanza No. 013 del 15 de Noviembre de 2000, Existe una partida bajo la SECRETARIA
DE SALUD

PROGRAMA : 2.2.12.1 INVERSIONES DIRECTAS

SUBPROGRAMA : 06

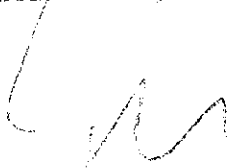
DENOMINADO : REGIMEN SUBSIDIADO

A NOMBRE DE : CAJASALUD ARS UT

Con Disponibilidad Presupuestal Por la Suma de: OCHENTA Y CUATRO MILLONES
TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 84,369,600.00)
M/CTE.

El Profesional Especializado Encargado del Grupo de Presupuesto Registra, Aprueba y
Certifica que existe partida a la cual es imputable el gasto proyectado, libre de compromiso en
cuenta corriente.

Dado en San Andrés Isla, a los Veintidós (26) Días del mes de Septiembre del Dos mil uno
(2001).


CASTOR DAVID MANUEL
Profesional Especializado

CASTOR DAVID MANUEL
Profesional Especializado

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO
CONTRATO PARA LA ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CONTRATO No 060 NUMERO DE RADICACION UT0018800105

Antes de diligenciar el Contrato lea cuidadosamente las cláusulas incorporadas en el mismo y que aparece al respaldo de este documento.
Fecha de Suscripción: DIA (01) MES(10) AÑO(2001)

1. PARTES CONTRATANTES

1.1. DEPARTAMENTO	SAN ANDRES	CODIGO:	88
1.2. MUNICIPIO (ó Distrito)	SAN ANDRES	CODIGO:	001
1.3. ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO	CAJASALUD ARS UNION TEMPORAL	CODIGO:	UT001

2. REPRESENTANTES LEGALES

2.1. POR EL DEPARTAMENTO (Sólo cuando concurre)	2.2. POR EL MUNICIPIO	2.3. POR LAS ARS
Nombres: RALPH	Nombres: RALPH	Nombres: ARMANDO
Primer Apellido: NEWBALL	Primer Apellido: NEWBALL	Primer Apellido: ARIZA
Segundo Apellido: SOTELO	Segundo Apellido: SOTELO	Segundo Apellido: QUINTERO
C.C. No.: 70.063.181	C.C. No.: 70.063.181	C.C. No.: 12.109.261
De: MEDELLIN	De: MEDELLIN	De: NEIVA
Domicilio: SAN ANDRES ISLA	Domicilio: SAN ANDRES ISLA	Domicilio: NEIVA-HUILA
Dirección: AV. FRANCISCO NEWBALL	Dirección: AV. FRANCISCO NEWBALL	Dirección: CALLE 11 #5-67
Teléfono: 5124390	Teléfono: 5124390	Teléfono: 8721726
Cuenta Fondo Dptal. De Salud: 640-01008-8	Cuenta Fondo Dptal. De Salud: 640-01008-8	Cuenta Fondo Dptal. De Salud: 1920006714-4
Banco: POPULAR	Banco: POPULAR	Banco: CAJA SOCIAL

3. OBJETO DEL CONTRATO

El Contrato tiene por objeto la administración de los recursos del Régimen Subsidiado y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado, identificados mediante listado anexo y que libremente hayan seleccionado a esta ARS, con el fin de garantizar a los mismos, la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado vigente al momento de la prestación de los servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las determinaciones que adopte el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.

4. INSCRIPCION DE LAS ARS

4.1. DIRECCION DE SALUD DEPARTAMENTAL	4.2. RESOLUCION NUMERO: 0600	FECHA: (27/03/2001)
---------------------------------------	------------------------------	---------------------

5. POBLACION AFILIADA (marque con una sola X)

TRINIDAD: X	5.2. AMPLIACION: X	5.3. POBLACION ESPECIAL (ESPECIQUE)	CODIGO: 5.4. TOTAL POBLACION AFILIADA 868
-------------	--------------------	-------------------------------------	---

6. VIGENCIA DEL CONTRATO

6.1. FECHA INICIAL: (DD/MM/AA) 01/10/2001	6.2. FECHA FINAL: (DD/MM/AA) 31/03/2002
---	---

7. VALOR DEL CONTRATO

7.1. Valor UPC-S Vigente: \$97.200	7.2. Valor inicial del contrato = (5.4)x(7.1): \$ 84.369.600
------------------------------------	--

8. FUENTES DE FINANCIACION DEL CONTRATO

8.1. Recursos ICN 90%	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.1.1. Recursos ICN 75%	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.1.2. Recursos ICN 15%	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.2. Reafaro ICN, Régimen Subsidiado	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.3. Situado fiscal-Transformación L	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.4. Rentas cedidas transformadas	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.5. Esfuerzo Propio:	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
A: Situado Fiscal. Mayor Transformación a % de Ley	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
B: Rentas Cedidas. Mayor Transformación a % de Ley	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
C: ICN 10 puntos para salud	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
D: Otros (Especificar)	\$	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.6.1. Cofinanciación FOSYGA CORRIENTE	\$ 84.369.600	Acuerdo o Resolución No. 203	(13)	(07)	(2001)
8.6.2. Cofinanciación FOSYGA V. FUTURA		CDP No. 09-2135	(26)	(09)	(2001)
Recursos de Caja de Compensación Familiar	\$				
8.6. Total Financiación	\$ 84.369.600				

9. REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

9.1. POR EL DEPARTAMENTO	9.2. POR EL MUNICIPIO
No. Fecha:	No. Fecha: (DD/MM/AA)
10. FORMA DE PAGO (Anticipado) Marque una X	10. DOMICILIO CONTRACTUAL
10.1. Mensual	10.1. DEPARTAMENTO Codigo
10.2. Bimestral X	10.2. MUNICIPIO Codigo
	SAN ANDRES 88
	SAN ANDRES 001

11. INTERVENTORIA (Marque una X)

11.1. INTERNA (una sola Casilla) X	11.2. PERSONA NATURAL X	C.C. No. 9.063.747 C/gena	12.3. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL RALPH NEWBALL SOTELO
Externa	PERSONA JURIDICA	NIT. No.	TELEFONO: 5124390

Nota: Con la suscripción de este contrato declaramos conocer la totalidad de las cláusulas incorporadas en el mismo y las normas que regulan la administración y aseguramiento de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en constancia firmamos como aparece:

12. FIRMAS

LOS CONTRATANTES

Representante Legal del Departamento
(Cuando Concurre)

Representante Legal del Municipio

EL CONTRATISTA
Representante Legal
de la Administradora
del Régimen