

## PAGARÉ

FECHA DE OTORGAMIENTO: 1º de abril 2.020

FECHA DE EXIGIBILIDAD: 31 de mayo de 2.023

VALOR: **SETENTA MILLONES DE PESOS (\$70.000.000,00) M/Cte.**

### ACREEDOR:

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

NIT. 805.027.261-3

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (E): JORGE ENRIQUE TAMAYO NARANJO

### DEUDOR:

SAHE S.A.S.

NIT N°. 901.297.070-9

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: HENRY NARVAEZ PASCUAS

CEDULA DE CIUDADANÍA N°. 16.648.634 expedida en Cali

**LUGAR DE PAGO:** RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., SANTIAGO DE CALI.

Yo, **HENRY NARVAEZ PASCUAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía 16.648.634 expedida en Cali, obrando en calidad de Representante Legal de SAHE S.A.S., identificada con número de NIT. 901.297.070-9, como consta en el certificado de existencia y representación legal, por el presente instrumento, declaro: PRIMERA.-OBJETO: Que por virtud del presente título valor pagaré incondicionalmente a la orden de Red de Salud del Centro E.S.E., identificada con NIT. N°. 805.027.261-3, Representada Legalmente por la Gerente Encargado **JORGE ENRIQUE TAMAYO NARANJO**, identificado con la cédula de ciudadanía N°. 94.510.789, o a quien represente legalmente a dicha entidad, en la ciudad y dirección indicados, la suma de **SETENTA MILLONES DE PESOS (\$70.000.000,00) M/Cte.**, más los intereses señalados en la cláusula segunda de este documento. SEGUNDA.- INTERESES: Que sobre la suma debida se reconocerán intereses corrientes y moratorios a la tasa bancaria más alta permitida en cada caso, sobre el saldo de capital que llegue a estar en mora, obligación derivada del contrato de Suministro N°. No. 1-05-04-004-2.020, suscrito con la Red de Salud del Centro E.S.E. el día 31 de marzo de 2020, por valor de **SETENTA MILLONES DE PESOS (\$70.000.000,00) M/Cte.**, suma, que en el momento del cobro si hay lugar se liquidara de la siguiente manera: a) POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: la suma equivalente al diez (10%) por ciento del valor del contrato, obligación que estará vigente hasta el 30 de noviembre de 2.020; b) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACION DE PERSONAL: su cuantía es igual al ocho (8%) por ciento del valor del contrato, obligación que estará vigente hasta el 31 de mayo de 2023. c) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: su cuantía Es igual a 200 SMLMV, obligación que estará vigente hasta el 31 de mayo 2020. TERCERA.-PLAZO. Que pagaré el

capital indicado en la cláusula primera de este pagaré el día 31 de mayo de 2023, o en la fecha en que se hagan exigibles los riesgos amparados con el presente pagare, obligación derivada de la Orden de Suministro N°. No. 1-05-04-004-2.020. CUARTA.- CANCELACIÓN DEL TITULO: Este pagare se cancelara en el momento en que se ampare los riesgos de cumplimiento del contrato; pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización de personal, y responsabilidad civil extracontractual derivados de la Orden de Suministro N°. 1-05-04-004-2.020, mediante la constitución o suscripción de otro mecanismo previsto en la legislación civil o comercial, fecha en la cual queda sin efectos el presente Pagaré. QUINTA.- CLAUSULA ACELERATORIA: El tenedor del presente Pagaré podrá declarar vencidos la totalidad de los plazos de esta obligación o de las cuotas que constituyan el saldo de lo debido y exigir su pago inmediato ya sea judicial o extrajudicialmente, cuando el deudor entre en mora o incumpla una cualquiera de las obligaciones derivadas del presente documento.

En constancia de lo anterior, se suscribe este documento en la ciudad de Cali el primero (1º) del mes de marzo del año dos mil veinte (2.020).

**ACREEDOR:**

**JORGE ENRIQUE TAMAYO NARANJO:** 

C.C. N°. 94.510.789

Gerente (E)

**Red de Salud del Centro E.S.E.**

**DEUDOR**

**HENRY NARVAEZ PASCUAS:** 

C.C. N°. 16.648.634 expedida en Cali

Representante Legal

**SAHE S.A.S.**



**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT 850 039 578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD SUJ <b>45</b>		NO PÓLIZA <b>45-44-101113423</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>15 04 2020</b>			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>01 04 2020</b>			A LAS HORAS <b>08:00</b>		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>31 05 2023</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	
TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>											

**DATOS DEL TOMADOR GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>SAHE SAS</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.297.070-9</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 2 NRO. 66 - 41</b>						CIUDAD: <b>CALI VALLE</b>		TELÉFONO: <b>6641277</b>			

**DATOS DEL ASEGURADO BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO <b>RED DE SALUD DEL CENTRO E S E</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.027.261-3</b>			
DIRECCIÓN: <b>CRA 11 E 50 15</b>						CIUDAD: <b>CALI VALLE</b>		TELÉFONO: <b>4411914</b>			

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUjecION A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA QUE SE AMORAN EC00108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLAMAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

**AMPAROS**

COMPLEMENTO DEL CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FIN	VALOR
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/04/2020	30/11/2020	\$ 7,000,000.00
	01/04/2020	31/05/2023	\$ 5,600,000.00

**ACLARACIONES**

<b>VALOR PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS EXPEDICIÓN</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PLAN DE PAGO</b>
\$ *****13.161.00	\$ *****7.000.00	\$ *****15.230.00	\$ *****96.392.00	\$ *****12.600.000.00	CONTADO

INTERSEGURO			DISTRIBUCION DE LA RESERVA		
USUFRUO	RESERVA	DE PAGO	RESERVA COMPANIA	RESERVA	RESERVA

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

*Mmsm*

*Henry Sanchez J*

45-44-101113423

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Salamanca - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA ASESOR



**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.576-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD. SUC <b>45</b>		NO PÓLIZA <b>45-44-101113423</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>15 04 2020</b>			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>01 04 2020</b>			A LAS HORAS <b>08:00</b>		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>31 05 2023</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	
TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL <b>SAHE SAS</b>							IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.297.070-9</b>				
DIRECCIÓN: <b>CR 2 N° 0. 69 - 4*</b>							CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>6641277</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO <b>RED DE SALUD DEL CENTRO E S E</b>							IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.027.261-3</b>				
DIRECCIÓN: <b>CRA 129 50 18</b>							CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>4411914</b>	

ADICIONAL:

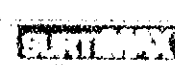


**P. GUESTADO**

**PAGINA WEB**



**CORRESPONSALES BANCARIOS**



Bancoombia



éxito



**Pagos con convenio \*No aplica para transferencias**



Banco de Bogotá

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 0082465419

Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 047189

VALOR PRIMA NETA \$ *****73.161.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****7.000.00	IVA \$ *****15.230.00	TOTAL A PAGAR \$ *****95.392.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****12.600.000.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO:			DISTRIBUIDORA COMERCIAL:		
NOMBRE	CALLE	CIUDAD	NOMBRE COMERCIAL	CIUDAD	ALFABETIZADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1M-15/1M-45 - TELEFONO: 6672854 - CALI

**FORMA DE PAGO**

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
**1101163395285-8**

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VISADO



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 960.009.519-6

## CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza N° 101113423, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en CALI a los 15 días del mes de ABRIL de 2020

45-44-101113423

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmento - Vicepresidente de Fianzas



**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Tel. 860 003 578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-40-101058724</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>15 04 2020</b>			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>01 04 2020</b>			A LAS HORAS <b>08:00</b>		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>31 05 2020</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	
TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>											

**DATOS DEL TOMADOR GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL <b>SAHE SAS</b>							IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.297.070-9</b>				
DIRECCIÓN: <b>CR 2 NRD 69 - 41</b>							CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>6641277</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>RED DE SALUD DEL CENTRO E S E</b>							IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.027.261-3</b>				
DIRECCIÓN: <b>CRA 128 50 18</b>							CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b>			TELÉFONO: <b>4411914</b>	

BENEFICIARIO: **805027261 - RED DE SALUD DEL CENTRO E S E**      ADICIONAL      ADICIONAL      TERCEROS AFECTADOS

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA QUE SE ANEXAN R-RCE-002A REDIS 04-09 / R-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLAMAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A. GARANTIZA:

**AMPAROS**

DESCRIPCIÓN	PERIODO	VALOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERIODA - Máximo: 1.00 SMLMV	01/04/2020 - 31/05/2020 \$ 175.560.600.00

**DECLARACIONES**

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****15.437.00	\$ *****2.000.00	\$ *****22.313.00	\$ *****139.750.00	\$ *****175.560.600.00	CONTADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO. PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

*Mmsm?*

*Henry Novoy P*

45-40-101058724

PRIMA AUTORIZADA: Manual Sacramento - Microsistema de Finanzas

BRUNO TOMAZO



**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Nº 7 860 003 578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD SUC <b>45</b>		NO. PÓLIZA <b>45-40-101058724</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DIA MES AÑO <b>15 04 2020</b>			VIGENCIA DESDE DIA MES AÑO <b>01 04 2020</b>			A LAS HORAS <b>00:00</b>		VIGENCIA HASTA DIA MES AÑO <b>31 05 2020</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	
TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>											

**DATOS DEL TOMADOR GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>SAHE SAS</b>						IDENTIFICACIÓN NIT: <b>901.297.070-9</b>					
DIRECCIÓN <b>CR 2 NRO 69 - 41</b>						CIUDAD <b>CALI VALLE</b>			TELÉFONO <b>6641277</b>		

**DATOS DEL ASEGURADO BENEFICIARIO**

ASEGURADO <b>RED DE SALUD DEL CENTRO E S E</b>						IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.027.261-3</b>					
DIRECCIÓN <b>CRA 121-50 18</b>						CIUDAD <b>CALI VALLE</b>			TELÉFONO <b>4411914</b>		
BENEFICIARIO: <b>805027261 - RED DE SALUD DEL CENTRO E S E</b> ADICIONAL ADICIONAL TERCEROS AFECTADOS											



**P. GUESTADO**

**PAGINA WEB**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

**Pagos con convenio \*No aplica para transferencias**

Banco de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 028265219  
 Grupo Bancolombia Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****115.437.001	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****2.000.00	IVA \$ *****22.313.00	TOTAL A PAGAR \$ *****139.750.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****175.560.600.00	PLAN DE PAGO CONTADO
DISTRIBUCIÓN APLIC.			DISTRIBUCIÓN CORRESPOND.		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EJECIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO, QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1M-15/1M-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA PAGO:  
**1101163395288-1**

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

**RESOLUCION No. 1.15.277.2020**  
(Abril 15 de 2020)

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE APRUEBA PÒLIZA DE CUMPLIMIENTO Y  
RESPONZABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, TOMADA POR SAHE S.A.S.”**

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO ÚNICO:** Apruébese la Póliza de Cumplimiento N°. 45-44-101113423, en favor de entidades estatales, que ampara los riesgos de cumplimiento del contrato, y pago de salarios y prestaciones sociales; Póliza de Responsabilidad civil extracontractual No. 45-40-101058724, pólizas expedidas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, identificada con número de Nit. 860.009.578-6, a favor del asegurado: **Red de Salud del Centro Empresa Social del Estado**, identificada con número de Nit. 805.027.261-3, póliza que ha sido tomada por **SAHE S.A.S.**, identificada con número de NIT. 901.297.070-9, como garantía de los riesgos pactados en el Contrato de Suministro N°. 1-05-04-004-2020

Dada en Santiago de Cali, el quince (15) día del mes de abril del año dos mil veinte (2.020).

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

  
**MARCELA CALDERÓN GUTIÉRREZ**  
Jefe de Oficina Asesora Jurídica  
**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.**

Proyectó: Diana Milena Muñoz Ocampo - Abogada Afiliada AGESOC  
Revisó y aprobó: Marcela Calderón Gutiérrez. Jefe Oficina Jurídica

