UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU

La Universidad Nacional Autónoma de México



otorga a

Carlos Eduardo Henao Mejía

el diploma de especialidad en

Otorrinolaringología

en atención a que demostró tener hechos los estudios conforme a los planes autorizados por el Consejo Universitario y haber sido aprobado en el examen final del curso de especialización que sustentó el día 12 de marzo de 1992, según constancias archivadas en la misma Universidad.

Por mi Raza hablará el Espíritu

Dado en la ciudad de México, Distrito Federal, el día 8 de octubre de 1992.

El Secretario General

Dr. Salvador Malo

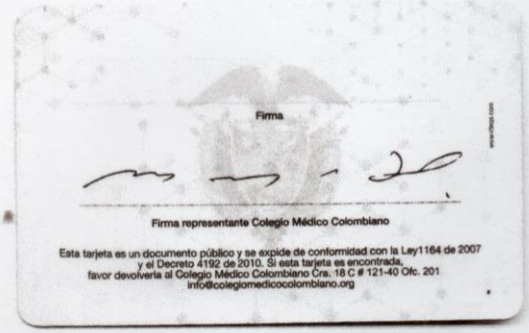
El Rector

Dr. José Sarukhán

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION TERRITORIAL
22 Feb 01
1594

9465-89
23-I-09


MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA
C.C o C.E 10242845
Profesión u Ocupación
MEDICO Y CIRUJANO
Especialidad
OTORRINOLARINGOLOGIA
Institución de Educación
U. DE CALDAS
Ciudad MANIZALES
Fecha de expedición diploma 25/06/1982
Fecha de inscripción RETHUS 07/09/2017
10242845


Firma
Firma representante Colegio Médico Colombiano
Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201
info@colegiomedicocolombiano.org

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.

SUBDIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO.

SUBDIRECTORA.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA, en su sede de prestador CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA del municipio de MANIZALES - departamento de CALDAS, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS y se considera inscrito como clase de prestador Profesional Independiente y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	1700100012 - CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA				
NI:Nit / CC:Cédula	CC:10242845	Nombre o razón social:	CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA		
Fecha de Inscripción:	2003/02/11	Fecha de vencimiento:	2020/11/25	Clase de prestador:	Profesional Independiente
Clase de persona:	NATURAL	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA			Dirección administrativa:	CR 27A NO. 66-30 CENTRO DE ESPECIALISTAS SANCANCIO CONS 602
Telefono:	8874999	Fax:		Email:	ciruxplastica@gmail.com
Municipio:	MANIZALES			Departamento:	CALDAS

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	1700100001201 - CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA				
Dirección:	CR 27A NO. 66-30 CENTRO DE ESPECIALISTAS SANCANCIO CONS 602			Barrio:	PALERMO
Telefono:	8874999	Fax:		Email:	ciruxplastica@gmail.com
Gerente:				Fecha de Apertura:	2003/02/11
Municipio:	MANIZALES			Departamento:	CALDAS

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	1700100001201 - CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA				
Dirección:	CR 27A NO. 66-30 CENTRO DE ESPECIALISTAS SANCANCIO CONS 602			Barrio:	PALERMO
Telefono:	8874999	Fax:		Email:	ciruxplastica@gmail.com
Gerente:				Fecha de Apertura:	2003/02/11

Municipio:	MANIZALES	Departamento:	CALDAS

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20030211	DHS079533

SERVICIOS, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron servicios habilitados con la Resolución 3100 de 2019.

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE *ESTE DOCUMENTO*.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio — HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil — DOMI: Extramural Domiciliario — OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia — IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja — MEDI: Complejidad Media — ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS, de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 2003 de 2014, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día viernes 23 de octubre de 2020 (11:47 a. m.).

OLGA LUCIA CORRALES RAMÍREZ.
SUBDIRECTORA.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 17000REPS02

Impreso por el usuario del ente territorial: 17000REPS02

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 23 de octubre de 2020 (11:47 a. m.).

DEPARTAMENTO DE POLICIA DE CALDAS

PN RASES No 3 SA MC PSS 021 2021
PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA CONTRATACIÓN

OBJETO:

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE CALDAS DE LA POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES REQUIERE CONTRATAR LA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS PARA LOS ASPIRANTES A INGRESAR COMO ALUMNOS A LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DENTRO DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL; DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO NO.1796 DE 2000 Y EL ACUERDO NO.003 CSSMP DE 2001; BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN N°03684 DEL 08-08-2017, "PROTOCOLO DE SELECCIÓN DEL TALENTO HUMANO PARA LA POLICÍA NACIONAL".

PROPONENTE: Dr. Carlos Eduardo Henao Mejía
CC. 10.242.845
Especialista en Otorrinolaringología

FECHA: Junio/2021

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

Diligenciar el siguiente cuadro:

N°	**CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS**	CUMPLE	
		SI	NO
1	Prestar los servicios de exámenes especializados, clínicos y paraclínicos que oferte de acuerdo a la Resolución N°03684 del 08-08-2017, “Protocolo de Selección del Talento Humano para la Policía Nacional.	X	
2	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	X	
3	Tener sede de los servicios ofertados en el área urbana de la ciudad de Manizales, debidamente habilitada ante la Territorial de Salud de Caldas, sin presentar sanciones por parte autoridades competentes tanto en el orden nacional como territorial que lo inhabiliten para prestar el servicio.	X	
4	Oportunidad de atención de mínimo (35) aspirantes por día en la ciudad Manizales, de acuerdo al horario requerido para el desarrollo de cada valoración; garantizando la calidad en la prestación del servicio con el número de profesionales y equipo ofertado.	X	
5	Brindar la atención a los aspirantes con calidad, de forma oportuna, amable y cordial.	X	
6	Cumplir con los protocolos y guías de atención establecidos para la prestación del servicio, las cuales deben estar disponibles en el sitio ofertado.	X	
7	Designar un funcionario quien en representación de la IPS y/o profesional, se encargue de forma permanente de las coordinaciones necesarias para la realización de las valoraciones.	X	
8	Practicar única y exclusivamente los exámenes establecidos en el presente estudio. Al aspirante no se le debe informar diagnósticos, recomendaciones, ni ofrecer tratamientos o exámenes adicionales, sólo en caso de urgencia vital; tampoco emitir criterios de aptitud.	X	
9	Remitir factura de las valoraciones realizadas de forma mensual con la siguiente información: número de aspirantes atendidos, cantidad de exámenes realizados, valor unitario del procedimiento y valor total ejecutado; anexando el certificado de paz y salvo de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, con destino a la Oficina de Contratos de la Unidad Prestadora de Salud de Caldas y al supervisor del contrato.	X	
10	Informar cuando se llegue al 80% de ejecución del valor del contrato y a partir de allí mantener comunicación permanente con el supervisor del mismo, hasta llegar al 100% de ejecución del presupuesto contratado.	X	
11	El contratista deberá cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta.	X	
12	Teniendo en cuenta el decreto 019 del 2012 “por el cual se dictan normas para suprimir o reformar trámites innecesarios existentes en la administración pública”, el contratista deberá implementar la verificación de la huella dactilar por medios electrónicos y fotografía digital, tomada en el momento en que el aspirante presente la valoración, el cual debe quedar impreso en el formato de resultados de los exámenes practicados.	X	
13	Diligenciar en forma correcta los formatos de resultados de los exámenes realizados, con letra clara y legible, informando todos los ítems solicitados, sin tachones, ni uso de corrector.	X	
14	Los conceptos deben ser coherentes entre cada parámetro evaluado y el diagnóstico final de la valoración.	X	

15	Suministrar a cada aspirante una manilla de identificación, para un solo uso, con cierre de seguridad basado en un fuerte adhesivo que impide su transferencia a otra persona, resistente al agua, al rasgado y a la tensión, con número de serie, para el control en la realización de las valoraciones y evitar suplantaciones; las cuales serán adquiridas por las IPS y/o profesionales a quienes se les adjudique el contrato.	X	
16	Responder laboralmente por la vinculación del personal profesional y técnico que requiera para la ejecución del presente contrato (Demostrar su afiliación a la entidad mediante contrato con obligaciones establecidas frente al sistema de seguridad social integral y parafiscal).	X	
17	El oferente deberá tener la capacidad de prestar el servicio con los profesionales ofertados, sitio de toma de muestras o consultorios, equipos tecnológicos y sala de espera; en la cual pueda atender de manera cómoda y oportuna a los aspirantes de la Policía Nacional, ofertados por día según la propuesta presentada, en el horario que previamente sea notificado por la Regional de Incorporación N°3.	X	
18	Para el servicio de laboratorio clínico debe garantizar una sala de espera con al menos (35) sillas (no butacas) con espaldar, que puede ser compartidas con otros servicios, pero en el mismo nivel del consultorio; sin escalas para su acceso, para poder realizar un mejor control y disminuir los riesgos a los aspirantes. El oferente debe garantizar que los aspirantes que se encuentren tomando el examen pre y post carga de glucosa estén debidamente sentados para evitar el riesgo de caídas, además se debe tener en cuenta el uso de las sillas con la separación establecida en los protocolos de seguridad para mitigar los contagios por la COVID-19.	NO APLICA	
19	En cuanto a los demás servicios y/o valoraciones solicitadas se debe garantizar por lo menos una sala de espera con (8) sillas, además se debe tener en cuenta el uso de las sillas con la separación establecida en los protocolos de seguridad para mitigar los contagios por la COVID-19.	X	
20	Para el servicio de laboratorio clínico se deberá garantizar que el lugar de espera y de toma de muestra para los aspirantes a ingresar a la Policía, será diferente al destinado para la atención o toma de muestras de pacientes con COVID o sospecha de contagio.	NO APLICA	
21	Disponibilidad de unidad sanitaria discriminada por sexo, que puede ser compartida con otros servicios. Para el caso de profesionales independientes de salud, se acepta unidad sanitaria de uso mixto.	X	
22	Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes, tanto en el orden nacional como territorial.	X	
23	El oferente debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud y tener habilitados cada uno de los servicios que planea ofertar. Anexar inscripción del registro y certificado de habilitación.	X	
24	Garantizar las condiciones de asepsia y antisepsia en la manipulación de las muestras y procesamiento de las mismas, según la normatividad vigente por los entes de control de salud.	NO APLICA	
25	Realizar los exámenes con personal universitario graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos y experiencias con la tecnología disponible.	X	
26	Certificar la afiliación de los profesionales a una ARL.	X	
27	Comunicar por escrito al contratante, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato.	X	
28	Garantizar que ninguno de los profesionales que oferte el contratista, trabajará más de las horas permitidas legalmente (12 al día, 66 a la semana, Articulo 2do de la Ley 269 de 1996).	X	

29	Asegurar durante la ejecución del contrato la disponibilidad y calidad de los equipos de laboratorio clínico, radiología, electrocardiograma, electroencefalograma, audiometría, optometría, otorrinolaringología, oftalmología y demás de apoyo diagnóstico básico de acuerdo al servicio ofertado; para poder atender la toma y procesamiento de los exámenes clínicos y paraclínicos, de acuerdo a la atención diaria establecida en la propuesta. Los equipos relacionados deben estar disponibles en el sitio ofertado para la prestación del servicio. (Anexar hoja de vida de los equipos, certificación de calibración de cada equipo y mantenimiento de los mismos).	X	
30	Disponibilidad para dar cumplimiento al contrato incluyendo los días sábados, cuando las necesidades de las convocatorias así lo requieran. Para lo anterior la Regional de Incorporación N°3, informará a la IPS y/o profesional la programación de aspirantes con una antelación mínima de tres días.	X	
31	El oferente deberá diligenciar los formatos de consentimiento informado por cada aspirante en aquellos exámenes que lo requieran. En el caso de los adolescentes próximos a cumplir su mayoría de edad, se hace necesario que los padres o los representantes legales sean quienes deban prestar la autorización para la realización de cualquier procedimiento o tratamiento médico, denominado como "*Consentimiento Sustituto*". Esta figura se identifica en la doctrina con el nombre de consentimiento orientado hacia el futuro.	X	
32	El contratista a quien se le haya adjudicado los exámenes de laboratorio clínico es responsable de dar cumplimiento a toda la normatividad sobre el tema, y en especial al decreto 1543 de 1997 y a la ley 972 de 2005, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado a la población que padece enfermedades ruinosas especialmente el VIH-SIDA; debiendo seguir los protocolos establecidos para la aplicación de la prueba, incluyendo la consejería, la confidencialidad, el consentimiento informado (asesoría pre y post test de forma individual por aspirante) y demás condiciones establecidas en la normatividad pertinente.	NO APLICA	
33	El contratista se obliga a sostener las tarifas ofrecidas durante el término de ejecución del contrato; de igual forma las prórrogas y adiciones a que haya lugar, para los servicios, procedimientos e insumos contratados.	X	
34	El contratista se compromete a no continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el presupuesto del mismo.	X	
35	El contratista se compromete a presentar certificación de atención al usuario, del personal encargado de la atención de aspirantes.	X	
36	Los exámenes que no reúnan los requisitos de calidad y confiabilidad, deberán ser practicados nuevamente, sin costo adicional para la Unidad Prestadora de Salud Caldas, ni para el personal de aspirantes. La cual será exigida por un término igual a la vigencia del contrato y (2) meses más, de acuerdo a lo enunciado en los mecanismos de cobertura garantía única.	X	
37	"Con la presente contratación se busca la realización de los exámenes especializados, clínicos y para - clínicos, para los aspirantes hombres y mujeres, que son necesarios en el Proceso de Selección del Talento Humano de la Policía Nacional, conforme lo establecido en los Decretos 094 de 1979, 1796 de 2000 y la Resolución 03684 del 2017. La práctica de los mencionados exámenes, el contratista deberá velar y garantizar a la Policía Nacional – Dirección de Incorporación,	X	

	que en la realización de dichos exámenes, no se presentarán suplantaciones por parte de los aspirantes, para lo cual previo a la práctica de cada uno de ellos, se deberá realizar la respectiva identificación del aspirante y toma de huella dactilar, lo cual deberá quedar registrado en el resultado del mismo; tal como lo dispone la Resolución 03684 de 2017 en su artículo 21 numeral 4. "Cada profesional perteneciente a la entidad contratada que realice un examen, deberá colocar en el formato de resultado de los exámenes clínicos, especializados paraclínicos, su firma y sello como responsable de esta actividad, adicionalmente tomará la firma del aspirante en este mismo formato, como mecanismo de control y de seguridad."		
38	**REQUISITOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS, CLINICOS Y PARACLINICOS:** • Verificar la identidad del aspirante a quien se le va a realizar el examen, por medio de la presentación de la cédula de ciudadanía y fotografía en el formato de resultados de exámenes clínicos, especializados y paraclínicos. • Informar con anterioridad, al supervisor del contrato, los requisitos de bioseguridad que deben cumplir los aspirantes para poder asistir a la cita, por efectos del COVID-19. • Solicitar al aspirante la presentación de la manilla de identificación. • Registrar en el formato de resultado del examen realizado por la IPS y/o profesional la firma, huella y fotografía digital del aspirante; así como la firma, sello y registro profesional de quien realizó el examen. • En los exámenes de interconsulta la IPS y/o profesional debe realizar verificación de cada aspirante con cédula de ciudadanía, manilla y formato de examen interconsulta; la cual debe llevar la firma y sello del profesional de la Regional de Incorporación responsable de la valoración médica. • No entregar resultados de interconsulta a los aspirantes. • Solicitar fotocopia de la cédula de ciudadanía del aspirante. • Enviar a la Jefatura de La Regional de Incorporación No. 3 en la ciudad de Manizales, los resultados de los exámenes en sobre sellado, por medio de mensajería o estafeta de la entidad; los cuales deben ser remitidos en orden alfabético, de acuerdo al listado enviado por el funcionario de la Policía Nacional designado por el supervisor del contrato, manteniendo la confidencialidad de los mismos; por ningún motivo se enviarán con el aspirante. • Garantizar la entrega de los resultados de los exámenes en un plazo máximo de dos (2) días, contados a partir de la realización del examen. • Las placas radiológicas deben anexarse por separado, cada placa debe tener impresa de forma digital el nombre del aspirante, número de cédula y fecha de la valoración.	X	
39	El oferente debe tener implementado el programa de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.	X	
40	El oferente no puede estar reportado en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) (ley 1333 del 21 de julio de 2009) y deberá comprometerse a cumplir con todas las normas ambientales durante el desarrollo del presente contrato.	X	
41	Para la toma y análisis de las muestras de citología-uterina, el laboratorio clínico deberá cumplir lo siguiente: **Toma de muestra:**	NO APLICA	

	De acuerdo a la Resolución N°00002003 del 28 de mayo de 2014 "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de Servicios de Salud", el laboratorio clínico debe contar con los recursos técnicos, humanos y de infraestructura, destinados a pruebas de tamización como: toma de muestras de tejido de cuello del útero, con el fin de detectar la presencia de células anormales o cancerosas. El personal encargado de la toma de la muestra de citología deberá contar con certificado de formación en toma de citologías y deberá tener disponibilidad desde la 05:30 A.M, hasta los 08:00 A.M, debiendo tomar la totalidad de valoraciones del personal de aspirantes. **Análisis de la Muestra** El servicio de análisis de las muestras de citología-uterina se puede realizar en el mismo sitio o en una entidad autorizada para prestar este servicio, con instalaciones en la zona urbana de la ciudad de Manizales debidamente habilitada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas; que cuente con los recursos técnicos, humanos y de infraestructura, exigidos en la Resolución N°00002003 del 28 de mayo de 2014. Deberá tener contrato o convenio vigente donde se manifieste su voluntad de realizar las valoraciones en mención. El laboratorio clínico deberá suministrar un certificado donde se informe sobre la entidad que realizará el análisis de las muestras de citología-uterina y anexar el correspondiente certificado de habilitación de la entidad correspondiente. El laboratorio clínico debe tener implementado los procesos prioritarios: • Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras. • Control de calidad de las muestras tomadas. • Procedimiento de control y entrega de resultados.		

NOTA: Si marca "no cumple" en alguno de los ítems anteriores, lo excluye del proceso de adjudicación, excepto en los ítems que no aplique para la valoración ofertada.

FORMULARIO 5
INFORMACIÓN DE TERCEROS

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

1.1 Consorcio o Unión Temporal		1.11 Persona Natural Extranjera	
1.2 Departamento		1.12 Persona Natural Nacional	
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	X
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera		1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.5 Establecimiento Público Nacional		1.15 Per sona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6 Gobierno Extranjero		1.16 Regional sin NIT Especial	
1.7 Municipio		1.17 Resguardo	
1.8 Otra Pública Departamental		1.18 Sociedad de Economía Mixta	
1.9 Otra Pública Municipal		1.19 Universidad Pública	
1.10 Otro Beneficiario		1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2. TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	
2.2 Cédula de Extranjería		2.5 Pasaporte	
2.3 Número de Identificación Tributaria		2.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO 1 0 2 A 2 8 4 5 [ ] - 1

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO RETENCION

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente		3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2 Entidad Estatal o sin ánimo de lucro		3.6 Régimen Común	
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor		3.7 Régimen Simplificado	X
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor			

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL Carlos Eduardo Herao M
5. PAIS Colombia
6. CIUDAD Montales
7. TELEFONO Y FAX 88-9999 - 3134319234
8. DIRECCION Cra 27 A 66-30 Conjunto 601-602
9. E -MAIL contacto@somosciudadanialatina.com

INFORMACION DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA Davivienda SUCURSAL Cable
2. NUMERO DE LA CUENTA 0860-6000-9791
3. CLASE DE CUENTA CORRIENTE [✓] AHORROS [ ]

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

ANEXO 7

OFERTA TÉCNICA CALIFICABLE

	ITEM	MÁXIMO PUNTAJE
TECNICA	RECURSO HUMANO	100 PUNTOS
	SITIO TOMA DE MUESTRA O CONSULTORIOS	100 PUNTOS
	EQUIPO TECNOLÓGICO	100 PUNTOS
	ASPIRANTES VALORADOS POR DÍA	100 PUNTOS
	APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	100 PUNTOS
PUNTAJE TOTAL		**500 PUNTOS**

RECURSO HUMANO (100 puntos)

Número de profesionales ofertados	Puntaje asignado	PERSONAL OFERTADO (SELECCIONAR EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE EN EL NÚMERO DE PROFESIONALES OFERTADO).
(3) o más profesionales	100 puntos	
(2) profesionales	75 puntos	
(1) profesional	50 puntos	1

SITIO PARA TOMA DE MUESTRAS O VALORACIONES (100 puntos)

DESCRIPCIÓN	LO QUE SE CALIFICA	NÚMERO OFERTADO
Laboratorios	Especificar número de cubículos y número de camillas	
Radiología:	Especificar número de salas de RX	
Electrocardiograma:	Especificar número de camillas.	
Electroencefalograma:	Especificar número de camillas.	
Audiometría	Especificar número de cabinas sonoamortiguadas	
Oftalmología	Especificar número de consultorios	
Otorrinolaringología	Especificar número de consultorios	1
Optometría	Especificar número de consultorios	

EQUIPO TECNOLÓGICO PARA REALIZACIÓN DE EXÁMENES (100 puntos)

LABORATORIO CLÍNICO

No.	EQUIPO	PUNTAJE ASIGNADO	ESPECIFICAR EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE SI EL TIPO DE EQUIPO DESCRITO SE OFERTA PARA ESTE SERVICIO
1	Un (01) equipo automatizado o semiautomatizado de hematología.	30	
2	Un (01) Analizador de química clínica en tubo primario automatizado, o semiautomatizado con capacidad para realizar más de 50 pruebas por hora.	30	
3	Un equipo automatizado o semiautomatizado lector para orina	20	
4	Equipo automatizado o semiautomatizado para VIH	20	
	TOTAL	100	

NOTA: En caso de que en alguno de los ítems no cuenten con un equipo o no reúna las características descritas, no le será asignado puntaje.

- En las demás valoraciones se tendrá en cuenta el número de equipos ofertados para la realización del examen, el cual debe ser coherente con el número de sitios o consultorios relacionados en la propuesta; se asignará los (100) puntos al mayor número de equipos ofertados y verificados en el sitio, a los demás se les concederá una calificación proporcional mediante regla de tres. El oferente deberá anexar la ficha técnica del equipo y la calibración vigente de acuerdo a las especificaciones técnicas del mismo.
  Frente a los demás servicios se dará el mayor puntaje al proponente que ofrezca el mayor número de juegos completos de equipos por tipo de examen, como se relaciona en el siguiente cuadro:

Relación de equipos mínimos requeridos para la realización del examen:

DESCRIPCIÓN	LO QUE SE CALIFICA	NÚMERO OFERTADO
Radiología	Equipo generador de rayos X con su respectivo sistema de revelado e impresión digital	
Electrocardiograma	Un electrocardiógrafo con sus accesorios	
Electroencefalograma	Encefalógrafo con sus accesorios	
Audiometría	Un audiómetro y accesorios Un otoscopio	
Oftalmología	Lente 60, 78 o 90 dioptrías, lente de Rubic y lente de Goldman. Optotipos para la determinación de la agudeza visual. Tonómetro. Oftalmoscopio. Test para la valoración de visión cromática. Lámpara de Hendidura. Set de prismas sueltos, Queratómetro, Lensómetro.	
Otorrinolaringología	Sillón de reconocimiento de ORL y otoscopio	1
Optometría	Optotipos. Equipo básico de refracción. Cajas de pruebas o foropter. Montura de pruebas. Reglilla milimetrada. Set de prismas sueltos. Queratómetro. Lensómetro. Lámpara de hendidura. Tonómetro. Test o pruebas de valoración.	

CARLOS EDUARDO HENAO M.	**HOJA DE VIDA EQUIPO BIOMÉDICO**	Fecha: 03/06/2019 Versión: 1 Pagina: 1 de 2

DATOS INSTITUCIONALES

Dr. CARLOS EDUARDO HENAO MEJÍA

DPTO / MUNICIPIO	Caldas / Manizales	**DIRECCIÓN**	Centro de Especialistas de Sancancio - Cra 27 A # 66 - 30 Cons. 602
TELÉFONO	(6) 887 49 99 - 315 431 9234	**E-MAIL**	contacto@somoscirugiaplastica.com

INFORMACIÓN DEL EQUIPO



EQUIPO	Fotoforo		**MARCA**	Med Led		**MODELO**	N.T				
SERIE	110728-04-35		**Nº ACTIVO**	N.T		**UBICACIÓN**	Sala Procedimientos				
Nº RS. INVIMA	Tecnología adquirida antes de 2008					**EQUIPO**	**Fijo**		**Móvil**	X	
CLASIFICACIÓN POR RIESGO	**I**		**IIA**	X	**IIB**		**III**		**CÓDIGO ECRI**		
CLASIFICACIÓN BIOMÉDICA	**Diagnóstico**	X	**Prevención**		**Rehabilitación**						
	Análisis de laboratorio		**Tratamiento y Mantto de la vida**								

INFORMACIÓN DE ADQUISICIÓN

FORMA DE ADQUISICIÓN	**Compra Directa**	X	**Donación**		**Préstamo**		**Alquiler**		**Comodato**	
Fecha de compra		**Documento de compra**				**Costo**				
Garantía		**Proveedor**				**Contacto**				

INFORMACIÓN DEL FABRICANTE

Nombre		**País**	
Teléfono		**Sitio WEB**	

DATOS TÉCNICOS

VARIABLES	N.A						
RANGO DE VARIABLE	N.A						
Voltaje		**Corriente**		**Potencia**	N.A	**Frecuencia**	N.A
PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Semestral						
APLICA CALIBRACIÓN	**SI**		**NO**	X	**PERIODICIDAD DE CALIBRACIÓN**	N.A	

MANUALES	**Operación**	N.T	**Mantenimiento**	N.T	**GUÍA RÁPIDA**	**Si**		**No**	X	**Física**		**Digital**	

COMPONENTES O ACCESORIOS DEL EQUIPO

NOMBRE	MARCA	MODELO	REFERENCIA	CANTIDAD

CARLOS EDUARDO HENAO M.	**HOJA DE VIDA EQUIPO BIOMÉDICO**	Fecha: 03/06/2019 Versión: 1 Pagina: 1 de 2

DATOS INSTITUCIONALES

Dr. CARLOS EDUARDO HENAO MEJÍA			
DPTO / MUNICIPIO	Caldas / Manizales	**DIRECCIÓN**	Centro de Especialistas de Sancancio - Cra 27 A # 66 - 30 Cons. 602
TELÉFONO	(6) 887 49 99 - 315 431 9234	**E-MAIL**	contacto@somoscirugiaplastica.com

INFORMACIÓN DEL EQUIPO



EQUIPO	**Silla Automática**			**MARCA**	Orion			**MODELO**	Orion II BH-1000		
SERIE	1147			**Nº ACTIVO**	N.T			**UBICACIÓN**	Sala Procedimientos		
Nº RS. INVIMA	Tecnología adquirida antes de 2008							**EQUIPO**	**Fijo**	X	**Móvil**
CLASIFICACIÓN POR RIESGO	**I**	X	**IIA**		**IIB**		**III**		**CÓDIGO ECRI**		
CLASIFICACIÓN BIOMÉDICA	**Diagnóstico**			**Prevención**			**Rehabilitación**				
	Análisis de laboratorio			**Tratamiento y Mantto de la vida**							

INFORMACIÓN DE ADQUISICIÓN

FORMA DE ADQUISICIÓN	**Compra Directa**	X	**Donación**		**Préstamo**		**Alquiler**		**Comodato**	
Fecha de compra		**Documento de compra**				**Costo**				
Garantia		**Proveedor**				**Contacto**				

INFORMACIÓN DEL FABRICANTE

Nombre	Bausch & Lomb INC.	**País**	U.S.A
Teléfono		**Sitio WEB**	

DATOS TÉCNICOS

VARIABLES	N.A										
RANGO DE VARIABLE	N.A										
Voltaje	120 VAC	**Corriente**	1A Min/7.5A Max	**Potencia**	750 Max	**Frecuencia**	60 Hz				
PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Semestral										
APLICA CALIBRACIÓN	**SI**		**NO**	X	**PERIODICIDAD DE CALIBRACIÓN**	N.A					
MANUALES	**Operación**	N.T	**Mantenimiento**	N.T	**GUÍA RÁPIDA**	**Si**		**No**		**Física**		**Digital**

COMPONENTES O ACCESORIOS DEL EQUIPO

NOMBRE	MARCA	MODELO	REFERENCIA	CANTIDAD
Pedal				1

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Manizales	26	4029	80089521	6080089521006

Liberty Seguros S.A.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Admon

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE COOMEVA .			Ident. / T.I.	890300625 NIT
Teléfono Tomador:	3330000				
Responsable de pago:	CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA			Ident. / T.I.	10242845 CC
Asegurado:	CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA			Ident. / T.I.	10242845 CC
Teléfono Asegurado:	8874999	Correo Electrónico:	cirugiafacialcolombia@gmail.com		
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1 CC
Teléfono Beneficiario:		Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2020	Hasta 00:00	31/07/2021	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2020	Hasta 00:00	31/07/2021

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CENTRO DE ESPECIALISTAS SANCANCIO CONSULTORIO 602 B.\				
Ciudad:	MANIZALES	Departamento:	CALDAS	Teléfono:	8874990
Nombre:	CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA			Ident.	10242845
Especialidad:	ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA, COLOPROCTOLOGIA, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, DERMATOLOGÍA, ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, ENFERMEDADES VASCULARES, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, EPIDEMIOLOGIA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, GLAUCOMA, HEMATOLOGÍA, HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA, IMAGENOLOGIA ONCOLÓGICA, KINESIÓLOGO, MEDICINA AEROSPACIAL, MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA DEL DEPORTE, MEDICINA DEL DOLOR, MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN, MEDICINA FORENSE, MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, MEDICINA NUCLEAR, MEDICINA OCUPACIONAL, MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MEDICINA MATERNO FETAL, NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA, OBSTETRICIA, OFTALMOLOGÍA, ONCOLOGÍA, ORTOPEDIA, OTOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA, REUMATOLOGÍA, RINOLOGÍA, TOXICOLOGÍA, PROSTODONCIA, PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR, REHABILITACIÓN ORAL, ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA, ENFERMERÍA MATERNA PERINATAL, ENFERMERÍA NEUROLÓGICA, ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, CUIDADO CRÍTICO, CUIDADO RESPIRATORIO, ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO, FISIOTERAPIA – KINESIOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, MEDICINA GENERAL, ALERGIA E INMUNOLOGÍA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD, ANATOMÍA PATOLÓGICA, DIABETO LOGIA, ENDOCRINOLOGÍA, ERGONOMÍA, FISIATRÍA, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, INFECTO LOGIA, PATOLOGÍA, SALUD OCUPACIONAL, TERAPIA MIOFUNCIONAL ORO FACIAL Y DISFAGIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, VETERINARIA				

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$600.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
GASTOS DE DEFENSA	SUB LIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO MAXIMO $60'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUB LIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO MAXIMO $20'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
CARLOS EDUARDO HENAO MEJIA	CC	10242845

NOMBRE BENEFICIARIO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
TERCEROS RECLAMANTES	CC	1

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CLAUSULA DEFINICIONES:

SMMLV: Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
SMDLV: Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
N.A.: No Aplica.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, NIT. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Manizales	26	4029	80089521	6080089521006

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Admon

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLDA E INVERFAS. Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con NIT. 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f)acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

Esta Póliza se renovara automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso el plazo de la Póliza será hasta la fecha en que termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

CONTACTO COOMEVA:

En caso de requerir información adicional ponemos a tu disposición nuestra red de oficinas Coomeva, la línea nacional de atención 01 8000 950 123 opción 4, vía celular #464 Opción 4 o ingresando a nuestra página web www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

OBSERVACIONES:
Renovación Masiva

DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO

INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	**Part. %** 100%	**FORMA DE PAGO:** Mensual	**VALOR IVA VIGENCIA:** $103.154	**VALOR VIGENCIA CON IVA:** $646.072	
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	**Part. %** 100%	**VALOR PRORRATA** **PRIMER MES CON IVA:**	$0	**PRIMA MENSUAL CON IVA:** $215.357	
USUARIO: Cesar Augusto Vargas Montealegre	**CANAL:** DIRECTO BARRA COMERCIAL	**PROCEDENCIA:** ASOCIADO		**PROMOTOR:** Migracion	
FECHA IMPRESIÓN: 12/06/2020	**REGIONAL:** Regional Eje Cafetero	**ZONA CIUDAD:** Nacional		**OFICINA:** Oficina Manizales Principal	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion/Responsabilidad civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escríbanosatencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: 22/05/2020-1333-P-06-RESPCIVMEDICYODO-D00I
DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail: defensor.liberty@libertyseguros.co, Tel 3103300 Ext 1201 en Bogotá
NOTIFICACIONES: SUCURSAL CALI CALLE 23 NORTE No. 4N – 50 PISO 3 TELÉFONO 660-30-50

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Manizales	26	4029	80089521	6080089521006

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Admon

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

Liberty Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO

ORIGINAL