MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

MODIFICACIÓN 001, QUE TRATA DE LA ADICIÓN AL VALOR Y PRORROGA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro. 66-7-20231-23, CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN –POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 4, Y EL CONTRATISTA IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS.

Entre los suscritos a saber, **Mayor.CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula Nro. 7.318.436 Expedida en Chiquinquirá - Boyacá, obrando en nombre de la Nación - Policía Nacional – Dirección de Sanidad - Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4, en su calidad de Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4 , según **Orden Interna N° 176 del 16 de noviembre de 2022**, emanada de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, debidamente facultado para celebrar contratos mediante **Resolución Nro. 0579 del 28 de febrero de 2024** ***"Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos",*** quien en adelante y para efectos de esta modificación se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS,** identificado bajo el **NIT- 901.076.575-8,** representada legalmente por la señora **EDITH ADRIANA BOLAÑOS ROSERO,** mayor de edad, identificada con cédula de Ciudadanía No. **34.603.547,** Expedida en la **Santander Quilichao- Cauca**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir la presente modificación, previa las siguientes consideraciones:

A. Que la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4 suscribió el Contrato No. **66-7-20231-23,** el cual tiene por objeto según la Cláusula Primera **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA".** Por un valor de **NOVECIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS ($910.000.000),** distribuidos así: **NOVENTA MILLONES DE PESOS ($90.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2023 y **OCHOCIENTOS VEINTE MILLONES DE PESOS ($820.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** vigencia 2024.

B. Que el plazo de ejecución del contrato **66-7-20231-23,** es de **cuatro (04) Meses y veinte (20) días** se inició el **13/12/2023** y termina el **03/05/2024.**

C. Que mediante oficio No. **GS-2024-055366-DEVAL,** debidamente autorizado por el JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4, el supervisor del contrato **Subintendente. LIZETH CATHERINE MARTINEZ ERAZO,** solicita realizar el acta modificatoria **001** al contrato **66-7-20231-23,** en sentido de adicionar el valor del contrato en **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($455.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** Para la vigencia 2024, quedando como nuevo valor del contrato en, **MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($1.365.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** distribuidos así **NOVENTA MILLONES DE PESOS ($90.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2023 y **MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($1.275.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** vigencia 2024. Así mismo, prorrogar el plazo en **dos (02) Meses** y **siete (07) días** quedando el nuevo plazo en **seis (06) Meses, y veintisiete (27) dias** y la nueva fecha de terminación del contrato es el **10-07-2024.**

D. Que el **JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 4** autoriza continuar con el trámite al requerimiento señalado en el numeral anterior, luego de la revisión Jurídica, Técnica, Económica y contractual de los líderes de procesos de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4,** y la justificación por el responsable de la ejecución como supervisor del contrato en los oficios descritos en los numerales anteriores

E. Que de conformidad con la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y demás y decretos reglamentarios, las partes están facultadas para suscribir la presente modificación **001** al contrato Nro. **66-7-20231-23.**

EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN

CLÁUSULA PRIMERA: Modificar la cláusula **VALOR DEL CONTRATO** del contrato No. **66-7-20231-23,** adicionar la suma de en **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($455.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** Para la vigencia 2024, quedando como nuevo valor del contrato en, **MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($1.365.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** distribuidos así **NOVENTA MILLONES DE PESOS ($90.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2023 y **MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES DE**

PESOS ($1.275.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA vigencia 2024. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Modificar la cláusula **PLAZO DEL CONTRATO** No **66-7-20231-23,** en sentido de prorrogar el plazo en **dos (02) Meses** y **siete (07) días**, quedando el nuevo plazo en **seis (06) Meses, y veintisiete (27) días** y la nueva fecha de terminación del contrato es el **10-07-2024. CLÁUSULA TERCERA:** La presente modificación No. **001** al Contrato No. **66-7-20231-23,** debe ser comunicada por el **CONTRATISTA** a la Compañía Aseguradora, a fin de que sea tenida en cuenta por la misma dentro de la ejecución del Contrato, y se expida la correspondiente Certificación y/o Anexos de Modificación a la vigencia y valor en la Garantía Única, lo cual hace parte de la legalización de la presente acta modificatoria y debe ser entregada a la oficina de contratos de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.** para su respectiva aprobación. **CLÁUSULA CUARTA: APROPIACIÓN PRESUPUESTAL**. La presente modificación No. **001** al contrato **66-7-20231-23.** se encuentra amparada con el Plan de Compras N° **181** de fecha **28-03-2024,** y por el certificado de disponibilidad presupuestal, **CDP N° 35524** de fecha **09/04/2024, CLÁUSULA QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN –** La presente modificación No. **001** al Contrato No **66-7-20231-23,** se entiende perfeccionada con la firma de las partes contratantes, la expedición del registro presupuestal, para su ejecución requiere de la aprobación de la Modificación de la Garantía Única por parte del contratante y la presentación de la certificación de cumplimiento del pago de aportes a seguridad social y parafiscales por parte del contratista. **CLÁUSULA SEXTA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS ESTIPULACIONES.** Las demás cláusulas del contrato Nro. **66-7-20231-23,** que no hayan sido objeto de modificación o aclaración en la presente Acta, continúan vigentes en los mismos términos y condiciones.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali. 26 ABR 2024

CONTRATANTE

Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
CC. 7.318.436 Expedida en Chiquinquirá - Boyacá
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4

CONTRATISTA

EDITH ADRIANA BOLAÑOS ROSERO
Cédula de Ciudadanía No. **34.603.547,** Expedida en la **Santander Quilichao- Cauca**
Representante Legal - IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR	ARLOF GRUCO	TNI8. SONIA LUZ ALFONSO MORALES	
REVISADO PARA FIRMA POR	ARLOF GRUCO	CT. GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA	
REVISADO PARA FIRMA POR	JEFE ARLOF	MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SÁNCHEZ	
REVISADO PARA FIRMA POR	ASJUR	Abogado. JOSE ALEXANDER GUANGA JACANAMIJOY	
LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS QUE HEMOS REVISADO EL DOCUMENTO Y LO ENCONTRAMOS AJUSTADO A LAS NORMAS Y DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y POR LO TANTO, BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, LO PRESENTAMOS PARA LA FIRMA DEL JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 4 DE LA POLICÍA NACIONAL.			

Avenida 10N 16N-21 Barrio Granada
Teléfono 6604128
deval.rases-lic@policia.gov.co
www.policia.gov.co

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIALY PARAFISCALES

Yo, JHON SEBASTIAN GOMEZ QUINAYAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.061.817.076, y con Tarjeta Profesional No. 319978-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS, identificada con NIT. 901.076.575-8, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certificó que durante los últimos cinco (5) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y que aplican para esta entidad (CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA) y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes, canceladas de la siguiente manera:

PERIODO COTIZACION	PLANILLA	FECHA PAGO
2024/03	29314776	09/04/2024
2024/02	29091533	05/03/2024
2024/01	28877030	13/02/2024
2023/12	28682273	09/01/2024
2023/11	28409069	15/12/2023
2023/10	28188430	14/11/2023

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, acogidos a la ley 1819 del 2016 que nos exonera de pago a parafiscales.

Dada en Popayán, a los veinti cinco (25) días del mes de abril del 2024

Cordialmente,

Edith Adriana Bolaños Rosero
Representante Legal
CC. 34603547
Cr 101, 12ª Bis 15.
3003654638

Jhon Sebastián Gómez
Revisor Fiscal
CC 1061817076
TP. 319978-T
Cr 18ª 2 21
3175347483

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-901076575 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2024-03	25-14	900336004	COLPENSIONES	3	0	2.218.000	0	2.218.000
Periodo salud:	2024-04	230201	800229739	PROTECCION	1	0	236.800	0	236.800
Planilla Nro.:	29314776 Tipo E	230301	800224808	PORVENIR	2	0	416.000	0	416.000
Clase de aportante:	B	EPS005	800251440	SANITAS	2	0	104.000	0	104.000
Fecha transacción:	2024-04-09	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	3	0	535.200	0	535.200
Banco:	BANCOLOMBIA	EPSIC3	817001773	EPS-S AIC CAUCA	1	0	52.000	0	52.000
Transacción:	564804487	14-23	860011153	POSITIVA	6	0	180.600	0	180.600
		CCF14	891500182	COMFACAUCA	6	0	691.200	0	691.200
		PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
		PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 4.433.800

PAGADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-44-101060402	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	04	2024	12	12	2023	00:00	10	11	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS	IDENTIFICACIÓN	NIT: 901.076.575-8
DIRECCIÓN: CR 8 NRO. 16 N - 59	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO:	3106170243

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 4	IDENTIFICACIÓN	NIT: 805.022.186-6
DIRECCIÓN: AV 10 N NRO. 16 N - 21	CIUDAD: CALI, VALLE	TELÉFONO	8981272

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 66-7-20231-23, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL RESIDENTES EN LA JURISDICCION DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.

LA PRESENTE POLIZA TAMBIEN AMPARA EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS, ADEMAS LA COMPAÑIA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/12/2023	10/01/2025	$273,000,000.00	$273,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	12/12/2023	10/11/2025	$682,500,000.00	$682,500,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	12/12/2023	10/11/2027	$68,250,000.00	$68,250,000.00

ACLARACIONES

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR QUE SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO Y SE PRORROGA LA VIGENCIA DE LA POLIZA ARRIBA CITADA SEGUN MODIFICACION No. 001 QUE TRATA DE ADICION EN VALOR Y PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 66-7-20231-23.
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****419,596.00	$ *******8,000.00	$ ******81,243.00	$ **********508,839.00	$ ****1,023,750,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
HECTOR HERNAN TOLEDO TOVAR	61321	100.00			

Tu texto aquí 1

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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-44-101060402

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
POPAYAN	POPAYAN	ANEXO DE RENOVACION	40-03-101005583	15

TOMADOR **IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS** NIT **901.076.575-8**

DIRECCION **CR 8 NRO. 16 N - 59** CIUDAD **POPAYAN, CAUCA** TELEFONO **3106170243**

ASEGURADO **IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS** NIT **901.076.575-8**

DIRECCION **CR 8 NRO. 16 N - 59** CIUDAD **POPAYAN, CAUCA** TELEFONO **3106170243**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
24 / 07 / 2023	31 / 07 / 2023	31 / 07 / 2024	31 / 07 / 2023	31 / 07 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
HECTOR HERNAN TOLEDO TOVAR	61321	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL				
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 200,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH	$ 200,000,000.00		
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 0.00
				$ 200,000,000.00

DEDUCIBLES: * 20.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH * 20.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ ********2,014,663.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********382,785.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********2,397,448.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 4 NO. 9 - 31, TELÉFONO 8242925 - POPAYAN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110091030947 13(3900)000002397448(96)20230914

REFERENCIA PAGO: 1100910309471-3

40-03-101005583

FIRMA AUTORIZADA

MARIACHANTRE

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
POPAYAN	ANEXO DE RENOVACION	40-03-101005583	15

TOMADOR	IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS			NIT	901.076.575-8
DIRECCION	CR 8 NRO. 16 N - 59	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3106170243
ASEGURADO	IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS			NIT	901.076.575-8
DIRECCION	CR 8 NRO. 16 N - 59	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3106170243
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS NIT: 901076575
ASEGURADO:IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS NIT: 901076575
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION RIESGO PRINCIPAL: : CARRERA 8 # 16N 59 CIUDAD: CAUCA - POPAYAN
OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY : COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).
:07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

TOTAL PROFESIONALES ASEGURADOS
HERNANDO VARGAS URICOECHEA C.C 73161683 ENDOCRINOLOGO
ALEJANDRO LOPEZ ARBOLEDA C.C 76321314 ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGO
TATIANA MARTINEZ MUÑOZ C.C 34327519 REUMATOLOGA
ERIKA MARITZA CAMPO ESTELLA C.C 31714072 FISIATRA
YINA MARCELA GUTIERREZ MUÑOZ C.C 1061761434 MEDICO GENERAL
DANIELA ANDREA MONTENEGRO CASTRILLON C.C 1061769134 ENFERMERA
JORGE EMILO PEDRAZA ALEGRIA C.C 1061725565 FISIOTERAPEUTA

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
N NO. 2..
OPCION NO. 3..
1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, Y ANTE TAL SUPUESTO INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.
LO ANTERIOR, A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, POR ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBERA MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.
TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.
PARAGAFO: SEGURESTADO INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III DEL CONDICIONADO GENERAL DE ESTA POLIZA), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
1.2 GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.
LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.
1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.
1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.
2.EXTENSIONES DE COBERTURA:
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.
NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LA SECCION II DE ESTE CONDICIONADO.
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y
2.2
TRATAMIENTOS DE LA SALUD:

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
POPAYAN	ANEXO DE RENOVACION	40-03-101005583	15

TOMADOR	IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS			NIT	901.076.575-8
DIRECCION	CR 8 NRO. 16 N - 59	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3106170243
ASEGURADO	IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS			NIT	901.076.575-8
DIRECCION	CR 8 NRO. 16 N - 59	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3106170243
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES POR:
1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A:

OPCION NO. 1	OPCION NO. 2	OPCION NO. 3
$ 10.000.000	$ 5.000.000	$ 5.000.000

PARAGRAFO: ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.
LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.
RESUMEN LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURASUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

OPCION NO 1	OPCION NO 2	OPCION NO 3
AMPARO BASICO $ 200.000.000	$ -	$ -
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS		
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD		
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL		
GASTOS DE DEFENSALIMITE POR	OPCION NO 1	OPCION NO 2 OPCION NO 3
EVENTO $ 15.000.000	$ -	$ -
VIGENCIA $ 40.000.000	$ -	$ -

DEDUCIBLES

COBERTURA	OPCION NO 1	OPCION NO 2	OPCION NO 3
GASTOS DE DEFENSA	10%	0%	0%
DEMAS AMPAROS	15% - MIN 5 SMMLV	-	-

EXCLUSIONES
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2) AÑOS DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3.RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, O QUE NO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA.
4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUBSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECESY QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O REEMPLACEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8.RRESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICAL O FECUNDACION IN VITRO.
10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL. COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.
12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

El Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, la Policía Nacional, en uso de las facultades legales otorgadas mediante **Resolución N°0579 de fecha 28 de febrero del 2024 y Orden Interna N° 176 del 16 de noviembre del 2022, Expedida por la Direccion de Sanidad**. En desarrollo de lo consagrado en los artículos 7 y 23 de la ley 1150 DE 2007 y Decreto 1082 de 2015 referentes a la aprobación de la Garantía Única.

CONTRATO (PRESTACION DE SERVICIOS) PN- (RASES) Nº. **66-7-20231-23**

CONTRATISTA: **IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS**

OBJETO DEL CONTRATO: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA".**

VALOR DEL CONTRATO: **$ 910.000.000**
MODIFICACION No. 001: $ 455.000.000

PLAZO DEL CONTRATO: cuatro (04) Meses, veinte (20) días
MODIFICACION No. 001: Hasta el 10 de julio del 2024

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Seguros del Estado S.A.
PÓLIZA N°: 40-44-101060402 Anexo 2 Expedida el: 25/04/2024.
COMPAÑÍA ASEGURADORA: Seguros del Estado S.A.
PÓLIZA N°:40-03-101005583 Anexo 15 Expedida el: 24/07/2023.

Amparo	Valor asegurado	Vigencia(dia-mes-año)	
		Desde	Hasta
CUMPLIMIENTO	$ 273.000.000	12/12/2023	10/01/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	$ 682.500.000	12/12/2023	10/11/2025
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZ	$ 68.250.000	12/12/2023	10/11/2027
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	$ 200.000.000	31/07/2023	31/07/2024

No obstante, lo indicado en la sección de amparos, la vigencia del amparo de estabilidad de la obra es de cinco (5) años contados a partir de la fecha de recibo final de la obra (5). (SI APLICA)

Por encontrarse expedida en debida forma, de conformidad con lo exigido en el contrato de la referencia, se aprueba la póliza de garantía única.

Para constancia se firma en Cali, a los 26/04/2024

Mayor CRISTIAN HERNANDO ÁLVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4

Elaboró: TN(R) Sonia Luz Alfonso Morales
Técnico administrativo Rases4

Revisó: ST. Gustavo Andrés Narváez Arteaga
Jefe Grupo de Contratos Rases4

Revisó: Suly Aide Cortés Gonzales
Abogada Especializada Rases 4

Avenida 10N 16N-21 Barrio Granada
Teléfono 6604128
deval.rases-lic@policia.gov.co
www.policia.gov.co

SIIF Nación

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto
Comprobante

Usuario Solicitante:	MHIdleon	LIZETH DAHIAN LEON GUTIERREZ
Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-034	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN
Fecha y Hora Sistema:	2024-04-26-9:54 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 35524 de fecha 2024-04-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	36924	Fecha Registro:	2024-04-26	Unidad / Subunidad Ejecutora:		16-01-02-034 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 4			
Vigencia Presupuestal:	Actual	Estado:	Generado			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:	455.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	455.000.000,00	Saldo x Obligar:	455.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	901076575	Razón Social:	IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	86878525071	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo:	Corriente	Estado:	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	13540851	Nombre:	CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA	Cargo:	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 4

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:		Número:	066-7-20231-23	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2024-04-26

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
O34 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF		455.000.000,00	0,00		
					Total:	455.000.000,00	0,00	455.000.000,00	455.000.000,00

Objeto:	ADICION AL CT 066-7-20231-23 POR PRESTACION DE SERVICIOS SALUD MEDICO DOMICILIARIOS HOME CARE PARA USUARIOS DE UPRES VALLE PC 181

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
O34	DISAN SECCIONAL DE SANIDAD VALLE	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-12-31	455.000.000,00	455.000.000,00	NINGUNO

JHOJAN MAURICIO RUSSY GIRALDO
Analista Grupo de Presupuesto RASES N°4