Unidad: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD RASES No. 1

EL JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD RASES No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN No 0579 DEL 28 DE FEBRERO DE 2024 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL, NOMBRADO MEDIANTE ORDEN INTERNA No. 100 DEL 23 DE JUNIO DE 2023 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: 81-7-20084-24
CONTRATISTA: UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO
NIT 900804675 - 7

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ALERGOLOGÍA (CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD), CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 RESIDENTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE INFLUENCIA.

VALOR DEL CONTRATO INICIAL SESENTA MILLONES DE PESOS ($60.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

PLAZO DEL CONTRATO: HASTA EL **31 DE OCTUBRE 2024.**

Que el día 27 de Agosto de 2024 se realizó la modificación 001 de 2024, al contrato N° **81-7-20084-24**, por medio del cual se modificó el acápite **VALOR**, en el sentido de adicionar la suma de **TREINTA MILLONES DE PESOS ($30.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993, para efectos legales y presupuestales el valor del contrato asciende a la suma de **NOVENTA MILLONES DE PESOS ($90.000.000,0) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PÓLIZA CUMPLIMIENTO No. 18-44-101097573 **ANEXO:** 3 **EXPEDIDA:** 26/08/2024

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 18-03-101001862 **ANEXO**: 8 **EXPEDIDA:** 18/09/2024

Amparo	Valor asegurado	Vigencia(día-mes-año)	
		Desde	Hasta
Cumplimiento	$ 18.000.000,00	03/05/2024	01/06/2025
Pago de salarios, prestaciones sociales	$ 4.500.000,00	03/05/2024	01/04/2028
Calidad del Servicio	$ 45.000.000,00	03/05/2024	01/04/2026
Responsabilidad civil profesional	$955.500.000,00	16/09/2024	16/09/2025

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 Bogotá, el día 20 SET. 2024.

Teniente coronel **CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.1

Elaborado por: AA-34 WILMER ANDRES LOZANO SANCHEZ
Analista de Contratos

Revisado por: PS-18 MILTON RICARDO CASAS IREGUI
Jefe (e) Grupo contratos (RASES) No.1.

Revisado por: Capitán JHON EDISON LIZCANO GODOY
Jefe (E) Área Logística y Financiera (RASES) No 1.

Vo. Bo.: Mayor YEZID GUERRERO RODRIGUEZ
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos (RASES) No 1

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL $90.000.000

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101097573	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
26	08	2024	03	05	2024	00:00	01	04	2028	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS	NIT: 900.804.675-7

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	TUNJA, BOYACA	3168782175

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
LA NACION- POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1	NIT: 900.336.524-5

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 68 B BIS NRO. 44 - 58	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	2201636

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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.81-7-20084--24 CUYO OBJETO ES: EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ALERGOLOGIA (CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPACIALIDAD), CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD # 1, RESIDENTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE AFLUENCIA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/05/2024	01/06/2025	$18,000,000.00	$12,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	03/05/2024	01/04/2026	$45,000,000.00	$30,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	03/05/2024	01/04/2028	$4,500,000.00	$3,000,000.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN MODIFICACION NO. 1 AL CONTRATO NO. 81-7-20084-24, SE ADICIONA LA SUMA DE $30.000.000.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****130,380.00	$ **********0.00	$ ******24,772.00	$ **********155,153.00	$ *******67,500,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
WORLDLINK SEGUROS LTDA	184402	100.00			

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 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-44-101097573

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101097573	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
26	08	2024	03	05	2024	00:00	01	04	2028	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS		NIT: 900.804.675-7
DIRECCIÓN: CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD: TUNJA, BOYACA	TELÉFONO:	3168782175

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	LA NACION- POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1		NIT: 900.336.524-5
DIRECCIÓN: CR 68 B BIS NRO. 44 - 58	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	2201636

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****130,380.00	$ **********0.00	$ ******24,772.00	$ **********155,153.00	$ *******67,500,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
WORLDLINK SEGUROS LTDA	184402	100.00			

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 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11003611987615 (3900) 000000155153 (96) 20250826

REFERENCIA PAGO: 1100361198761-5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101097573	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
26	08	2024	03	05	2024	00:00	01	04	2028	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			**NIT: 900.804.675-7**
DIRECCIÓN: CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	**CIUDAD:** TUNJA, BOYACA		**TELEFONO:** 3168782175

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
LA NACION- POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1			**NIT: 900.336.524-5**
DIRECCIÓN: CR 68 B BIS NRO. 44 - 58	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		**TELÉFONO:** 2201636

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-44-101097573

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.
BOGOTA, D.C.	CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** NIT **900.804.675-7**
DIRECCION **CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612** CIUDAD **TUNJA, BOYACA** TELEFONO **3168782175**

ASEGURADO **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** NIT **900.804.675-7**
DIRECCION **CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612** CIUDAD **TUNJA, BOYACA** TELEFONO **3168782175**

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

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
18 / 09 / 2024	16 / 09 / 2024	16 / 09 / 2025	16 / 09 / 2024	16 / 09 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
WORLDLINK SEGUROS LTDA	184402	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 955,500,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 955,500,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 100,000,000.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 955,500,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******955,500,000.00	PRIMA:	$ *********3,591,494.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********682,383.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********4,273,877.00

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 INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA 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 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C.

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)1100361204213?(3900)000004273877(96)20241031

REFERENCIA PAGO: 1100361204213-7

18-03-101001862

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

CARLOSDIMATE

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.
BOGOTA, D.C.	CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
ASEGURADO	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
18 / 09 / 2024	16 / 09 / 2024	16 / 09 / 2025	16 / 09 / 2024	16 / 09 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
WORLDLINK SEGUROS LTDA CLIENTE	184402	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******955,500,000.00	PRIMA:	$ *********3,591,494.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********682,383.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********4,273,877.00

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.

CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C.

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11003612042137(3900)000004273877(96)20241031

REFERENCIA PAGO: 1100361204213-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS — NIT 900.804.675-7

DIRECCION CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612 — CIUDAD TUNJA, BOYACA — TELEFONO 3168782175

ASEGURADO UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS — NIT 900.804.675-7

DIRECCION CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612 — CIUDAD TUNJA, BOYACA — TELEFONO 3168782175

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

TOMADOR: UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS NIT: 900.804.675-7

ASEGURADO: UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS NIT: 900.804.675-7

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

UBICACION RIESGO PRINCIPAL: CRA 1 F N. 40-195 BOYACA - TUNJA

TIPO DE INSTITUCION: CLINICA

NIVEL DE ATENCION: NIVEL I

No. DE CAMAS: 3

No. DE AMBULANCIAS : 0

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - PARA 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).

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 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.
NOTA TECNICA 07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01

PROFESIN DE LA SALUD ASEGURADA

PEDIATRA	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1
ALERGOLOGO	2
MEDICINA GENERAL	1
INMUNOLOGO	1
GASTROENTEROLOGA	1
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA:	7

EDGARDO ANTONIO CHAPMAN ARIZA	72005589	ALERGOLOGIA
JULIAN ESTEBA LONDOÑO HERNANDEZ	8105804	ALERGOLOGIA
MARIA BEATRIZ GARCIA PABA	49791857	ALERGOLOGIA E INMUNLOGIA PEDIATRICA
MICHELLE MELISSA HIGUERA CARRILLO	1020719482	GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
JUAN MAURICIO SUAREZ AMEZQUITA	74379815	PEDIATRIA
CRISTIAN ANDRES CHAPMAN CERVANTES	1143166139	MEDICO GENERAL
LEIDY JOHANA HENANDEZ SUAREZ	1056708634	AUXILIAR DE ENFERMERIA

LIMITE ASEGURADO: $955.500.000

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: $ 4,273,877.86

- QUE SE AMPARA LA MODIFICACION No 002 2024AL CONTRATO QUE OTORGA COBERTURA PARA AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN ADICION DERIVADA DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No PN RASES NO. 81-7-20194-23 CELEBRADO ENTRE LA NACION POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 Y UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANIO SAS (UDIAM)

- QUE SE OTORGA COBERTURA PARA AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN ADICION DERIVADA DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No PN RASES NO.1-MIC - 014 2024 CELEBRADO ENTRE LA NACION POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 Y UNIDAD DE
INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANIO SAS (UDIAM)

OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ALERGOLOGIA (CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD)CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No 1 RESIDENTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE INFLUENCIA

-QUE SE OTORGA COBERTURA PARA AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN ADICION DERIVADA DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No PN RASES NO. 81-7-20084-24 CELEBRADO ENTRE LA NACION POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 Y UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANIO SAS (UDIAM)

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
ASEGURADO	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ALERGOLOGIA (CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD)CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No 1 RESIDENTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE INFLUENCIA

MODIFICACION 001 ADICION A LA CARTA DE ACEPTACION DEL LA OFERTA DEL CONTRATO No 81-7-20084-24 CELEBRADO ENTRE LA NACION - DERECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 Y UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS

COBERTURAS:
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 DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E 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.
A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, 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, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA 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.

PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, 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
2.1 RESPONSABILIDAD 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.
2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:
2.3 RESPONSABILIDAD 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:
$8.460.522
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:

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
ASEGURADO	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SUBLIMITE

LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

GASTOS DE DEFENSA: GASTOS DE DEFENSA: VIGENCIA $100.000.000 EVENTO $15.000.000
DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

DEMAS AMPAROS: 15% DE LA PERDIDA MINIMO 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 CONTRACT UAL 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 SUSTANCIAS 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.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.
15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
ASEGURADO	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA D E EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, O SIMILARES CON TAL CONNOTACION.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RES ULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO. II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESSES SON DECLARADOS O NO.
37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA
II- RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
III- LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.
39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	ANEXO DE RENOVACION	18-03-101001862	8

TOMADOR	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
ASEGURADO	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.
50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
51. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
52. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
53. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
54. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
55. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
56. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: 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:
57. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
58. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
59. PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
60. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
61. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.
62. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.
63. RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
64. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO
65. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
66. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
67. EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS:
1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO;
2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENCION DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O,
3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA. 68. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE: A.UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O B.LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
2. EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O
3.EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA: A.FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA; B.DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO. PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;
AMBITO TERRITORIAL COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE 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.
BOGOTA, D.C.	CHICO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	18-03-101001862	7

TOMADOR **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** NIT **900.804.675-7**

DIRECCION **CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612** CIUDAD **TUNJA, BOYACA** TELEFONO **3168782175**

ASEGURADO **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** NIT **900.804.675-7**

DIRECCION **CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612** CIUDAD **TUNJA, BOYACA** TELEFONO **3168782175**

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

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
06 / 09 / 2024	16 / 09 / 2023	16 / 09 / 2024	04 / 09 / 2024	16 / 09 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
WORLDLINK SEGUROS LTDA	184402	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 955,500,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 955,500,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 100,000,000.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 955,500,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******955,500,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

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 AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA 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 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

18-03-101001862

FIRMA AUTORIZADA

CARLOSDIMATE

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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.
BOGOTA, D.C.	CHICO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	18-03-101001862	7

TOMADOR **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** NIT **900.804.675-7**
DIRECCION **CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612** CIUDAD **TUNJA, BOYACA** TELEFONO **3168782175**

ASEGURADO **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** NIT **900.804.675-7**
DIRECCION **CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612** CIUDAD **TUNJA, BOYACA** TELEFONO **3168782175**

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)
06 / 09 / 2024	16 / 09 / 2023	16 / 09 / 2024	04 / 09 / 2024	16 / 09 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
WORLDLINK SEGUROS LTDA CLIENTE	184402	100.00

COASEGURO CEDIDO — COMPAÑIA — % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******955,500,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

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.

CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C.

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

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	18-03-101001862	7

TOMADOR	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
ASEGURADO	UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS			NIT	900.804.675-7
DIRECCION	CR 1 F NRO. 40 - 195 CONS 610-612	CIUDAD	TUNJA, BOYACA	TELEFONO	3168782175
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE SE HACE LA ACLARACION EN LA PRESENTE POLIZA ASI

MODIFICACION 001 ADICION A LA CARTA DE ACEPTACION DEL LA OFERTA DEL CONTRATO No 81-7-20084-24 CELEBRADO ENTRE LA NACION - DERECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 Y UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIGUEN EN VIGOR

UNIDAD DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA DEL MEDITERRÁNEO SAS
PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

UDIAM

Tunja, 19 septiembre de 2024

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.° 1 – POLICIA TUNJA

Yo, **ALEXANDRA KALENATIC REMOLINA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.996.147, en mi condición de representante legal de la sociedad **UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS** identificada con NIT. 900.804.675-7, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Tunja, a los diecinueve días (19) días del mes de septiembre de 2024.

ALEXANDRA KALENATIC REMOLINA
C.C. 52.996.147 de Bogotá
Representante Legal

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900804675	7	UDIAM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 11 B BIS NUMERO 118 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7431304	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	843763600	9471314289	E	2024/08/20	2024/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$6,963,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (4 Afiliados)						$13,100,000	$2,176,000			$13,100,000	$524,000			$13,100,000	$524,000			$13,100,000	$68,500		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (4 Afiliados)						$13,100,000	$2,176,000			$13,100,000	$524,000			$13,100,000	$524,000			$13,100,000	$68,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)						$13,100,000	$2,176,000			$13,100,000	$524,000			$13,100,000	$524,000			$13,100,000	$68,500		$0	$0
1	CC	72005589	CHAPMAN EDGARDO	25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	$13,100	30	$0	$0
2	CC	1023082225	CHAPMAN SERGIO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
3	CC	52996147	KALENATIC ALEXANDRA	25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS005	30	$8,000,000	$320,000	CCF24	30	$8,000,000	$320,000	14-11	30	$8,000,000	$41,800	30	$0	$0
4	CC	43206046	OCAMPO TANIA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: TUNJA (6 Afiliados)						$10,756,667	$1,721,100			$10,756,667	$430,300			$10,756,667	$430,300			$10,756,667	$112,600		$0	$0
Centro de Trabajo: UNO (6 Afiliados)						$10,756,667	$1,721,100			$10,756,667	$430,300			$10,756,667	$430,300			$10,756,667	$112,600		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (6 Afiliados)						$10,756,667	$1,721,100			$10,756,667	$430,300			$10,756,667	$430,300			$10,756,667	$112,600		$0	$0
5	CC	1049627202	AGUILAR MONICA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$13,600	30	$0	$0
6	CC	1049616586	BAUTISTA EVER	230301	29	$1,256,667	$201,100	EPS008	29	$1,256,667	$50,300	CCF10	29	$1,256,667	$50,300	14-11	29	$1,256,667	$13,200	29	$0	$0
7	CC	1002556509	DURAN BRAYAN	25-14	30	$1,700,000	$272,000	EPS005	30	$1,700,000	$68,000	CCF10	30	$1,700,000	$68,000	14-11	30	$1,700,000	$17,800	30	$0	$0
8	CC	1056708834	HERNANDEZ LEIDY	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS017	30	$1,600,000	$64,000	CCF10	30	$1,600,000	$64,000	14-11	30	$1,600,000	$16,800	30	$0	$0
9	CC	1049611053	NEIRA SANDRA	230201	30	$3,600,000	$576,000	EPS005	30	$3,600,000	$144,000	CCF10	30	$3,600,000	$144,000	14-11	30	$3,600,000	$37,600	30	$0	$0
10	CC	1002329166	ORJUELA LUISA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$13,600	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: VILLAVICENCIO (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: VILLAVICENCIO (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
11	CC	1004960191	GARZON DODY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$13,600	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: VALLEDUPAR (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: VALLEDUPAR (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
12	CC	1065630206	CASTRO ISSYS	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$13,600	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: NEIVA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: NEIVA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$13,600		$0	$0
13	CC	55197588	SUAZA MILAN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF32	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$13,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(13)**					$27,756,667	$4,521,100			$27,756,667	$1,110,300			$27,756,667	$1,110,300			$27,756,667	$221,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900804675	7	UDIAM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 11 B BIS NUMERO 118 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7431304	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	843763600	9471314289	E	2024/08/20	2024/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$6,963,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				13	$4,521,100	$0	$0	$4,521,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$2,864,000	$0	$0	$2,864,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$873,100	$0	$0	$873,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$576,000	$0	$0	$576,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$221,900	$0	$0	$221,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	13	$221,900	$0	$0	$221,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 5)				13	$1,110,300	$0	$0	$1,110,300
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$52,000	$0	$0	$52,000
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	6	$430,300	$0	$0	$430,300
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	1	$52,000	$0	$0	$52,000
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	$524,000	$0	$0	$524,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				13	$1,110,300	$0	$0	$1,110,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$50,300	$0	$0	$50,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$64,000	$0	$0	$64,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$104,000	$0	$0	$104,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$52,000	$0	$0	$52,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$840,000	$0	$0	$840,000
TOTAL				13	$6,963,600	$0	$0	$6,963,600

2024/09/04 03:04 PM

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
18-44-101097573

Número de anexo:
3

Fecha de expedición:
lunes, 26 de agosto de 2024

Ramo:
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

Asegurado:
LA NACION- POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1

Tomador:
UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS

Inicio de vigencia:
lunes, 26 de agosto de 2024

Fin vigencia:
sábado, 1 de abril de 2028

Valor total asegurado:
$ 67.500.000

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

- Pólizas Todo Riesgo ramo **Automóviles**: (601) 218 6977 ext 311 - Email: verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com * Por medio de este canal no serán atendidas solicitudes de otros productos.
- Pólizas ramo **Generales**: (601) 218 6977 ext 522 - Email: verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Fianzas - Cumplimiento**: 310 327 9980 / verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Responsabilidad civil para vehículos de servicio público de pasajeros**: (601) 644 9660 ext 157-159-163 - Email: verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Vida**: (601) 218 6977 - Email: verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **SOAT**: (601) 432 4102 a nivel nacional - Email: operacionsoat@segurosdelestado.com
- Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Regresar

Copyright © 2023. Todos los derechos reservados por **Seguros del Estado**