Unidad: DIRECCIÓN DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 0579 DEL 28 DE FEBRERO DE 2024 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DEL 26 DE MAYO 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO PN-HOCEN N° **96-8-201185-24**

CONTRATISTA: **DISTRICLINICOS S.A.S**

OBJETO DEL CONTRATO: **SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LOS SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA, HEMATO ONCOLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, FISIATRÍA Y NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL (GRUPO 3 ÍTEMS 3, 4 Y 5)**

VALOR DEL CONTRATO: **DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS ($19.596.128,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**

COMPAÑÍA ASEGURADORA: **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

PÓLIZAS N°: **580-47994000089006** Anexo: **2** **Expedida el: 31/10/2024**

Amparo	Valor asegurado	Vigencia (día-mes-año)	
		Desde	Hasta
Cumplimiento	$3.919.225,60	24/10/2024	30/09/2025
Calidad	$9.798.064,00	24/10/2024	30/08/2026

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, D.C a los 15 NOV 2024

Coronel **JUAN PABLO BLANCO SIERRA**
Director del Hospital Central Policía Nacional

Elaborado: AA_32 **JHON ALEXANDER MARTÍNEZ RAMÍREZ** Analista de Contratos HOCEN
Revisado por: Subteniente **CAROLINA CARDONA QUICENO** Jefe Grupo Contratos HOCEN
Revisado por: Mayor **GUILLERMO ENRIQUE USMA REYES** Jefe Área Logística y Financiera HOCEN
Revisado por: PS_24 **MARÍA VICTORIA BERMÚDEZ ESPINOSA** Jefe Grupo Asuntos Jurídicos HOCEN
Ubicación C:\Users\CONTRATOS\Documentos\documentos 2024

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5804617370

PÓLIZA No: 580 - 47 - 994000089006 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
31	10	2024	31	10	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: DISTRICLINICOS S.A.S. IDENTIFICACIÓN: NIT 816.000.114-1

DIRECCIÓN: CR 3 10 35 BRR BAVARIA CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELÉFONO: 3154939086

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: . LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL IDENTIFICACIÓN: NIT 830.067.597-4

BENEFICIARIO: . LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL IDENTIFICACIÓN: NIT 830.067.597-4

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	24/10/2024	30/09/2025	3,919,225.60
CALIDAD DEL BIEN	24/10/2024	30/08/2026	9,798,064.00

BENEFICIARIOS
NIT 830067597 - LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL,

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE SUMINISTRO NO.96-8-201185-24 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON SUMINISTRO DE INSUMOS DE GASTROENTEROLOGIA, HEMATO ONCOLOGIA, UCI, FISIATRIA Y NEUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.

NOTA: SE CONSTA EXPRESAMENTE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNARIA.

NOTA 2: LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ **********0.00	$ **********0	$**********0.00	$ **********0	$ **********0

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
AVALAR SEGUROS LTDA	9199	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO E EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA YIO SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A https://www.solidaria.com.co/es_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN, DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLICAN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_ HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS - TU RESPALDO - SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS - CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701851000019(8020)000000000007000590461737

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CBD0207C090DFE785A

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 8229 * Correo electrónico: defensorsolidario@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2909 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5804617370

PÓLIZA No: 580-47-994000089006 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
25	10	2024	25	10	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: DISTRICLINICOS S.A.S. IDENTIFICACIÓN: NIT 816.000.114-1

DIRECCIÓN: CR 3 10 35 BRR BAVARIA CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELEFONO: 3154939086

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: . LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL IDENTIFICACIÓN: NIT 830.067.597-4

BENEFICIARIO: . LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL IDENTIFICACIÓN: NIT 830.067.597-4

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	24/10/2024	30/05/2025	3,919,225.60
CALIDAD DEL BIEN	24/10/2024	30/04/2026	9,798,064.00

BENEFICIARIOS
NIT 830067597 - LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE SUMINISTRO NO.96-8-201185-24 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON SUMINISTRO DE INSUMOS DE GASTROENTEROLOGIA, HEMATO ONCOLOGIA, UCI, FISIATRIA Y NEUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.

NOTA: SE CONSTA EXPRESAMENTE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNARIA.

La entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****13,717,289.60	$ **********41,793	$****11,000.00	$ *******10,031	$ **********62,824

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
AVALAR SEGUROS LTDA	9199	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO. PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/es_digital/centrik/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES). BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN : HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS - TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS - CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070005804617 37

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CBD0207C090EFB7D58

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@ymail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (001) 791 91 80 * Fax: (001) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2599 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	**994000089006**	**Número de anexo:**	**2**
Agencia:	**PEREIRA**	**Ramo:**	**CUMP. ENT. ESTATALES**
Asegurado / Beneficiario:	**LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL .**		
Tomador / Garantizado:	**DISTRICLINICOS S.A.S.**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CUMPLIMIENTO	jueves, 24 de octubre de 2024	martes, 30 de septiembre de 2025	$3,919,225.60
CALIDAD DEL BIEN	jueves, 24 de octubre de 2024	domingo, 30 de agosto de 2026	$9,798,064.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5804617370

PÓLIZA No: 580 - 47 - 994000089006 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
31	10	2024	05	11	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **DISTRICLINICOS S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **816.000.114-1**

DIRECCIÓN: CR 3 10 35 BRR BAVARIA CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELÉFONO: 3154939086

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **. LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **830.067.597-4**

BENEFICIARIO: **. LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **830.067.597-4**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	24/10/2024	30/09/2025	3,919,225.60
CALIDAD DEL BIEN	24/10/2024	30/08/2026	9,798,064.00

BENEFICIARIOS
NIT 830067597 - LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:
!
OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE SUMINISTRO NO.96-8-201185-24 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON SUMINISTRO DE INSUMOS DE GASTROENTEROLOGIA, HEMATO ONCOLOGIA, UCI, FISIATRIA Y NEUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.

NOTA: SE CONSTA EXPRESAMENTE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNARIA.

NOTA 2: LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ **********0.00	$ **********0	$*********0.00	$ **********0	$ **********0

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
AVALAR SEGUROS LTDA	9199	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES

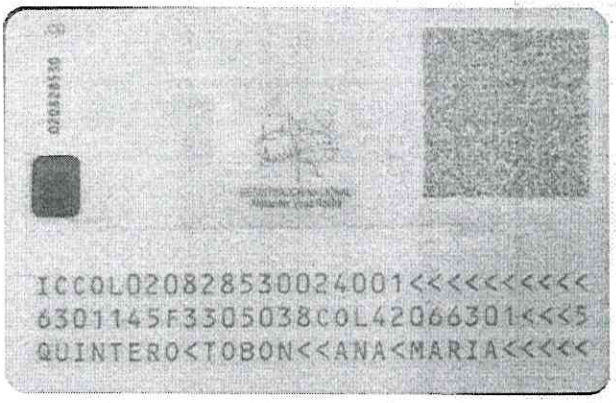
Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

NO CONTRIBUYENTE RES.2609 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 ó superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45, Pisos 8 y 12. PBX . 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Reservados


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 42.066.301
Apellidos
QUINTERO TOBON
Nombres
ANA MARIA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.52
Sexo
F
Fecha de nacimiento
14 ENE 1983
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)
Fecha y lugar de expedición
25 SEPT 1981, PEREIRA
Firma
Fecha de expiración
03 MAYO 2033


ICCOL0208285300240O1<<<<<<<<<<<
6301145F3305038COL42066301<<<5
QUINTERO<TOBON<<ANA<MARIA<<<<<

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5804617370

PÓLIZA No: 580 - 47 - 994000089006 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: **PEREIRA** COD. AGENCIA: 580 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
29	10	2024	29	10	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **DISTRICLINICOS S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **816.000.114-1**

DIRECCIÓN: CR 3 10 35 BRR BAVARIA CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELÉFONO: 3154939086

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **. LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **830.067.597-4**

BENEFICIARIO: **. LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **830.067.597-4**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	24/10/2024	30/09/2025	3,919,225.60
CALIDAD DEL BIEN	24/10/2024	30/08/2026	9,798,064.00

BENEFICIARIOS
NIT 830067597 - LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE SUMINISTRO NO.96-8-201185-24 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON SUMINISTRO DE INSUMOS DE GASTROENTEROLOGIA, HEMATO ONCOLOGIA, UCI, FISIATRIA Y NEUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.

NOTA: SE CONSTA EXPRESAMENTE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNARIA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****13,717,289.60	$ ****************0	$*********0.00	$ ************0	$ ****************0

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
AVALAR SEGUROS LTDA	9199	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA. AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_: HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000580461737

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CBD0207C090DFC7D5A

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * **Celular:** 310 223 4304 * **Correo electrónico:** martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 791 91 80 * **Fax:** (601) 791 91 80 * **Horario:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco AV Villas | Grupo AVAL

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Pago en Línea

Empresa: **DISTRICLINICOS S.A.S.**

Tipo Identificación: **Nit persona jurídica** **No. Identificación:** **816000114**

Generado por: **Yeisson Lopez**

A continuación el detalle de: Pagos Virtuales PSE - Pagar

Número Autorización	52523874
Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia - POLIZAS
Factura	58046173700
Referencia de Pago 1	0
Valor a Pagar	$62,824.00
Fecha Transacción	2024/10/25
Estado	Exitosa
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Nombre Producto Origen	CTE1187
No. Producto	*****1187

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

Asunto: Certificación Paz y Salvo del Sistema General de Seguridad Social y Parafiscales.

El suscrito Representante Legal: Ana María Quintero Tobón identificada con cédula número 42.066.301 de Pereira, hago constar que la empresa DISTRICLINICOS S.A.S. Nit: 816.000.114-1; ha cumplido durante los últimos 6 (seis) meses y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Ana María Quintero Tobón
CC.42.066.301 de Pereira
Representante Legal
Districlinicos SAS

Carrera 3 # 10-35, Barrio Bavaria
Pereira-Colombia
Móvil: 315 493 9086
E-Mail **administracion@districlinicos.com**

ASOPAGOS s.a.

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
NI 816000114	1	DISTRICLINICOS SAS	B	0	CONTABILIDAD@DISTRICLINICOS.COM	66-1	3154939086

NÚMERO PLANILLA	31502979		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	31502979		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2024-11-06	0	$0	$ 5.670.600

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	4	$ 1.951.200
PORVENIR	1	$ 622.200
PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$ 812.800
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$ 92.000
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	$ 85.600
EPS SURA	3	$ 475.000
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	$ 55.200
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	2	$ 123.600
ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	8	$ 621.600
Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR	1	$ 92.000
Caja de Compensacion Familiar de Risaralda COMFAMILIAR RISARALDA	6	$ 653.800
Caja de Compensacion Familiar del Valle del Cauca COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	1	$ 85.600
SENA	0	$ 0
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	0	$ 0
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
NI 816000114	1	DISTRICLINICOS SAS	B	0	CR 3 10 35	66-1	3313282

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2024-10	2024-11	816000114	31502979	E	31502979	2024-11-06	BANCO AV VILLAS	0	$ 5.670.600

RESUMEN DE PAGO									
ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (Administradoras: 3)				8	3.386.200	$0	$0	$0	$3.386.200
PORVENIR	230301	800224808	8	1	$622.200	$0	$0	$0	$622.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	4	$1.951.200	$0	$0	$0	$1.951.200
PROTECCION	230201	800229739	0	3	$812.800	$0	$0	$0	$812.800
EPS (Administradoras: 5)				8	831.400	$0	$0	$0	$831.400
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	2	$123.600	$0	$0	$0	$123.600
EPS SURA	EPS010	800088702	2	3	$475.000	$0	$0	$0	$475.000
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	1	$85.600	$0	$0	$0	$85.600
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	$55.200	$0	$0	$0	$55.200
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	$92.000	$0	$0	$0	$92.000
ARL (Administradoras: 1)				8	621.600	$0	$0	$0	$621.600
ARL SURA	14-11	890903790	5	8	$621.600	$0	$0	$0	$621.600
CCF (Administradoras: 3)				8	831.400	$0	$0	$0	$831.400
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	$92.000	$0	$0	$0	$92.000
COMFANDI	CCF57	890303208	5	1	$85.600	$0	$0	$0	$85.600
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891480000	1	6	$653.800	$0	$0	$0	$653.800
TOTAL					$5.670.600	$0	$0	$0	$5.670.600

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DISTRICLINICOS SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-816000114
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-10-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-03
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31172175
TOTAL COTIZANTES:	8
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31172175
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123.600	$ 123.600
EPS010	800088702	EPS SURA	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 493.600	$ 493.600
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.000	$ 92.000
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.100	$ 61.100
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.200	$ 55.200
Subtotal Salud		5	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 825.500	$ 825.500
230201	800229739	PROTECCION	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 812.800	$ 812.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 696.700	$ 696.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	4	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 1.853.400	$ 1.853.400
Subtotal Pensión		3	8	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 3.362.900	$ 3.362.900
14-11	890903790	ARL SURA	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 654.300	$ 654.300
Subtotal ARL		1	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 654.300	$ 654.300
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.000	$ 92.000
CCF44	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 672.400	$ 672.400
CCF57	890303208	COMFANDI	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.100	$ 61.100
Subtotal CCF		3	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 825.500	$ 825.500
		Total a pagar		$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 5.668.200	$ 5.668.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/11/2024

ASOPAGOS s.a.

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
NI 816000114	1	DISTRICLINICOS SAS	B	0	CONTABILIDAD@DISTRICLINICOS.COM	66-1	3154939086

NÚMERO PLANILLA	30902496		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	30902496		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2024-09-04	0	$0	$ 5.388.100

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	3	$ 1.609.000
PORVENIR	1	$ 783.000
PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$ 812.800
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$ 92.000
EPS SURA	3	$ 515.200
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	$ 55.200
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	2	$ 123.600
ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	7	$ 611.300
Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR	1	$ 92.000
Caja de Compensacion Familiar de Risaralda COMFAMILIAR RISARALDA	6	$ 694.000
SENA	0	$ 0
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	0	$ 0
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
NI 816000114	1	DISTRICLINICOS SAS	B	0	CR 3 10 35	66-1	3313282

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2024-08	2024-09	816000114	30902496	E	30902496	2024-09-04	BANCO AV VILLAS	0	$ 5.388.100

RESUMEN DE PAGO									
ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (Administradoras: 3)				7	3.204.800	$0	$0	$0	$3.204.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	$1.609.000	$0	$0	$0	$1.609.000
PROTECCION	230201	800229739	0	3	$812.800	$0	$0	$0	$812.800
PORVENIR	230301	800224808	8	1	$783.000	$0	$0	$0	$783.000
EPS (Administradoras: 4)				7	786.000	$0	$0	$0	$786.000
EPS SURA	EPS010	800088702	2	3	$515.200	$0	$0	$0	$515.200
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	$55.200	$0	$0	$0	$55.200
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	2	$123.600	$0	$0	$0	$123.600
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	$92.000	$0	$0	$0	$92.000
ARL (Administradoras: 1)				7	611.300	$0	$0	$0	$611.300
ARL SURA	14-11	890903790	5	7	$611.300	$0	$0	$0	$611.300
CCF (Administradoras: 2)				7	786.000	$0	$0	$0	$786.000
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891480000	1	6	$694.000	$0	$0	$0	$694.000
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	$92.000	$0	$0	$0	$92.000
TOTAL					$5.388.100	$0	$0	$0	$5.388.100

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DISTRICLINICOS SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-816000114
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-08-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-05
FECHA DE PAGO:	2024-08-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-08
NÚMERO PLANILLA:	30621476
TOTAL COTIZANTES:	7
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30621476
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123.600	$ 123.600
EPS010	800088702	EPS SURA	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 491.100	$ 491.100
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.500	$ 92.500
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.200	$ 55.200
Subtotal Salud		4	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 762.400	$ 762.400
230201	800229739	PROTECCION	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 814.600	$ 814.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 686.500	$ 686.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	3	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 1.609.000	$ 1.609.000
Subtotal Pensión		3	7	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 3.110.100	$ 3.110.100
14-11	890903790	ARL SURA	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 585.600	$ 585.600
Subtotal ARL		1	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 585.600	$ 585.600
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.500	$ 92.500
CCF44	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 669.900	$ 669.900
Subtotal CCF		2	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 762.400	$ 762.400
			Total a pagar	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 5.220.500	$ 5.220.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/09/2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DISTRICLINICOS SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-816000114
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-07-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-04
FECHA DE PAGO:	2024-07-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30341724
TOTAL COTIZANTES:	7
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30341724
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123.700	$ 123.700
EPS010	800088702	EPS SURA	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 502.900	$ 502.900
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.000	$ 92.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.200	$ 55.200
Subtotal Salud		4	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 773.800	$ 773.800
230201	800229739	PROTECCION	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 812.800	$ 812.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 733.800	$ 733.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	3	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 1.609.100	$ 1.609.100
Subtotal Pensión		3	7	$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 3.155.700	$ 3.155.700
14-11	890903790	ARL SURA	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 592.300	$ 592.300
Subtotal ARL		1	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 592.300	$ 592.300
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.000	$ 92.000
CCF44	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 681.800	$ 681.800
Subtotal CCF		2	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 773.800	$ 773.800
		Total a pagar		$ 30.500	$ 30.500	$ 0	$ 5.295.600	$ 5.295.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/08/2024

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa DISTRICLINICOS SAS, identificada con NI-816000114 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
Período pensión:	2024-05	25-14	900336004	COLPENSIONES	3	0	1.609.000	0	1.609.000
Período salud:	2024-06	230201	800229739	PROTECCION	3	0	812.900	0	812.900
Planilla Nro.:	30083777 Tipo E	230301	800224808	PORVENIR	1	0	723.500	0	723.500
Clase de aportante:	B	EPS002	800130907	SALUD TOTAL	3	0	199.600	0	199.600
Fecha transacción:	2024-06-06	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	55.300	0	55.300
Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	EPS010	800088702	EPS SURA	2	0	424.300	0	424.300
Transacción:	688344286	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	0	92.000	0	92.000
		14-11	890903790	ARL SURA	7	0	582.700	0	582.700
		CCF44	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	6	0	679.200	0	679.200
		CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	0	92.000	0	92.000
		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			$ 5.270.500

PAGADO

SIIF Nación

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHscristia	CRISTIAN SEBASTIAN SALAMANCA SANTOS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-001	HOSPITAL CENTRAL
Fecha y Hora Sistema:	2024-10-25-10:10 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 238924 de fecha 2024-07-29. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	276924	**Fecha Registro:**	2024-10-24	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	14.596.128,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	14.596.128,00	**Saldo x Obligar:**	14.596.128,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	816000114	**Razón Social:**	DISTRICLINICOS S.A.S.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	301251187	**Banco:**	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	79949470	**Nombre:**	JUAN PABLO BLANCO SIERRA	**Cargo:**	DIRECTOR HOSPITAL CENTRAL POLICIA

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	96-8-201185-24	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	**Fecha:**	2024-10-24

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
O01 ATENCION SALUD	A-02-02-01-004-008 APARATOS MÉDICOS, INSTRUMENTOS ÓPTICOS	Nación	16	SSF		14.596.128,00	0,00		
					Total:	14.596.128,00	0,00	14.596.128,00	14.596.128,00

Objeto:	SA 014 96-8-201185-24 SUMINISTRO INSUMOS PARA SERVICIO GASTROENTEROLOGIA HEMATO ONCOLOGIA UNIDAD CUIDADO INTENSIVO FISIATRÍA NEUMOLOGÍA HOCEN PONAL CPAA 1640 SISCO 545266

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
O01	DISAN HOSPITAL CENTRAL	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-10-24	14.596.128,00	14.596.128,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

SI. JOSE DAVID CHAMORRO RODELO
JEFE GRUPO FINANCIERO HOCEN (E)

HOSPITAL CENTRAL

Nit: 830067597

.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 2271

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que se ha registrado el siguiente compromiso por un valor de: CATORCE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS M/CTE *** $14,596,128.00

Por Concepto de: SA 014 96-8-201185-24 SUMINISTRO INSUMOS PARA SERVICIO GASTROENTEROLOGIAHEMATO ONCOLOGIA UNIDAD CUIDADO INTENSIVO FISIATRÍA NEUMOLOGÍA HOCEN PONALCPAA 1640 SISCO 545265

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION SALUD SECSA HOCEN

Nombre Solicitante: CR.JUAN PABLO BLANCO

Fecha Solicitud: 29/07/2024

Observaciones: .

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL	RECU	DESCRIPCIÓN	VIGENCIA	REFERENCIA		VALOR
						Doc	Número	
01524000	ATENCION SALUD SECSA HOCEN	020201004	16	PRODUCTOS METÁLICOS Y PAQUETES DE SOFTWARE*	2024	CDP	1456	$14,596,128.00
						TOTAL		$14,596,128.00

Beneficiario: 816000114 - DISTRICLINICOS S.A.S

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 2272 Acta Nro: 0 Vigencia: 2024

Expedido a los 24 dias del mes de Octubre de 2024 en la ciudad de BOGOTA

SI. JOSE DAVID CHAMORRO RODELO
JEFE GRUPO FINANCIERO HOCEN (E)

SIIF Nación

Reporte Compromiso de vigencias futuras Comprobante

Usuario Solicitante: MHscristia CRISTIAN SEBASTIAN SALAMANCA SANTOS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
Fecha y Hora Sistema: 2024-10-25-10:11 a. m.

COMPROMISO DE VIGENCIA FUTURA

Consecutivo de Compromiso:	39124	**Fecha Compromiso:**	2024-10-24	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
No. Autorización:	17024/	**No Asig.Autorización:**	18224/	**Estado**	Generado
Tipo de Vigencia Futura:	Ordinaria	**Aval Fiscal:**	NO	**Tipo de Moneda:**	Pesos
Valor inicial:	5.000.000,00	**Valor Operaciones:**	0,00	**Valor Actual:**	5.000.000,00

TERCERO

Identificación:	816000114	**Razon Social:**	DISTRICLINICOS S.A.S.

MEDIO DE PAGO

Identificación:	Abono en cuenta	**Cta. Bancaria Núm:**	301251187	**Cta. Bancaria Nombre:**	
Razón Social:	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	**Identificación**	860035827	**Tipo de Cuenta:**	Corriente

DATOS ADMINISTRATIVOS

Fecha del Documento:	24/10/2024 0:00:00	**Tipo de Documento:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS -	**Documento Soporte:**	96-8-201185-24

OBJETO DEL CONTRATO

VF SA 014 96-8-201185-24 SUMINISTRO INSUMOS PARA SERVICIO GASTROENTEROLOGIA HEMATO ONCOLOGIA UNIDAD CUIDADO INTENSIVO FISIATRÍA NEUMOLOGÍA HOCEN PONAL CPAA 1640 SISCO 545266

CONTRATOS

CONTRATACION

Razón Social:		**Modalidad de Contratación:**		**Tipo de Contrato:**	

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	79949470	**Nombre:**	JUAN PABLO BLANCO SIERRA	**Cargo:**	DIRECTOR HOSPITAL CENTRAL POLICIA

VIGENCIAS FUTURAS

Posición del Catálogo de Gastos

Identificación	Descripción	Fuente	Recurso	Situac.	Año	Fecha Operacion	Valor Inicial	Valor Operaciones	Valor actual
A-02	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Nación	FONDOS ESPECIALES	SSF	2025		5.000.000,00	0,00	5.000.000,00

FIRMA(S) RESPONSABLE(S).

SI. JOSE DAVID CHAMORRO RODELO
JEFE GRUPO FINANCIERO HOCEN (E)

HOSPITAL CENTRAL

Nit: 830067597

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 2272

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que se ha registrado el siguiente compromiso por un valor de: CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE *** $5,000,000.00

Por Concepto de: VF SA 014 96-8-201185-24 SUMINISTRO INSUMOS PARA SERVICIO GASTROENTEROLOGIAHEMATO ONCOLOGIA UNIDAD CUIDADO INTENSIVO FISIATRÍA NEUMOLOGÍA HOCEN PONALCPAA 1640 SISCO 545265 / CPAA VF 96

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION SALUD SECSA HOCEN

Nombre Solicitante: CR.JUAN PABLO BLANCO

Fecha Solicitud: 29/07/2024

Observaciones: .

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL	RECU	DESCRIPCIÓN	VIGENCIA	REFERENCIA		VALOR
						Doc	Número	
01524000	ATENCION SALUD SECSA HOCEN	020201004	16	PRODUCTOS METÁLICOS Y PAQUETES DE SOFTWARE*	2025	CDP	1458	$5,000,000.00
						TOTAL		$5,000,000.00

Beneficiario: 816000114 - DISTRICLINICOS S.A.S

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 2273 Acta Nro: 0 Vigencia: 2024

Expedido a los 24 dias del mes de Octubre de 2024 en la ciudad de BOGOTA

SI. JOSE DAVID CHAMORRO RODELO
JEFE GRUPO FINANCIERO HOCEN (E)