Auto. 30/04/2025 4.47

65-2025-004654 - Reg. 1

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0022		
Fecha: 19-08-2015	APROBACIÓN GARANTÍA ÚNICA	
Versión: 2		

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. 00011 DEL 02 DE ENERO DE 2025, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 00364 DEL 12 DE FEBRERO DE 2025 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: 81-7-20123-25
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: CIEN MILLONES DE PESOS ($100.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA

PLAZO DEL CONTRATO: HASTA EL **31 DE DICIEMBRE 2025**

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PÓLIZA CUMPLIMIENTO No. 18-44-101106084 **ANEXO:** 0 **EXPEDIDA:** 30/04/2025

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL No. 18-03-101001862 **ANEXO**: 13 **EXPEDIDA:** 30/04/2025

Amparo	Valor asegurado	Vigencia(día-mes-año)	
		Desde	Hasta
Cumplimiento	$ 20.000.000	28/04/2025	30/06/2026
Pago de salarios, prestaciones sociales	$ 5.000.000	28/04/2025	30/06/2029
Calidad del Servicio	$ 50.000.000	28/04/2025	30/06/2026
Responsabilidad civil profesional	$ 955.500.000	25/04/2025	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 02 MAYO 2025

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

Elaborado por: **TA-27 SANDRA ESTEFANY USUGA CARDONA**
Analista de Contratos

Revisado por: Capitán **ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe Grupo Contratos RASES No.1

Aprobado por: Capitán **JHON EDISON LIZCANO GODOY**
Jefe Área Logística y Financiera RASES No.1

Vo.Bo. PS-18 **MILTON RICARDO CASAS IREGUI**
Jefe (E) Grupo Asuntos Jurídico RASES No.1

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
18-44-101106084

Número de anexo:
0

Fecha de expedición:
miércoles, 30 de abril de 2025

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, 28 de abril de 2025

Fin vigencia:
sábado, 30 de junio de 2029

Valor total asegurado:
$ 75.000.000,00

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

Contactos para Verificación de Pólizas - Seguros del Estado SA y Seguros de Vida del Estado SA

Póliza Automóviles:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

Póliza Responsabilidad Civil de los Vehículos de Servicio Público de Pasajeros:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

Póliza de Seguros Generales:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com

Póliza de Cumplimiento - RCE derivado de contratos:
- **Teléfono:** 310 327 9980
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com

Póliza de SOAT:
- **Teléfono:** (601) 4324102 (a nivel nacional)
- **Correo electrónico:** operacionessoat@segurosdelestado.com

Póliza de Vida:
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com

Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Nota: Estos canales están destinados exclusivamente para la verificación de políticas.
Para presentar un PQRS, por favor ingrese al siguiente enlace: PQRS. (https://smartsupervision.segurosdelestado.com/PQRSD_GENERALES/Publica/)

Regresar

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

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	18-44-101106084	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	04	2025	28	04	2025	00:00	30	06	2029	23:59	EMISION ORIGINAL

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:

EL PAGO DE PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS POR EL CONTRATISTA, EN VIRTUD DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PN RASES NO. 81-7-20123-25 DE FECHA 28 DE ABRIL DE 2025, CUYO OBJETO ES: EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ALERGOLCGIA (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.

SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS.
LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/04/2025	30/06/2026	$20,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	28/04/2025	30/06/2026	$50,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	28/04/2025	30/06/2029	$5,000,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****390,958.00	$ *******8,000.00	$ ******75,802.00	$ **********474,761.00	$ *******75,000,000.00	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

18-44-101106084

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	18-44-101106084	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	04	2025	28	04	2025	00:00	30	06	2029	23:59	EMISION ORIGINAL

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:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | pse | American Express | MasterCard | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla | Super INTER | éxito | MOVIIRED

Cafam | SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****390,958.00	$ *******8,000.00	$ ******75,802.00	$ **********474,761.00	$ *******75,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
WORLDLINK SEGUROS LTDA	184402	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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) 1100361277932 7 (3900) 000000474761 (96) 20260428

REFERENCIA PAGO: 1100361277932-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

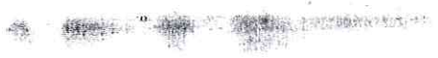
Hacemos constar, que la póliza Nº 101106084, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTA, D.C. a los 30 días del mes de ABRIL de 2025

18-44-101106084

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



















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	13

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)
30 / 04 / 2025	16 / 09 / 2024	16 / 09 / 2025	25 / 04 / 2025	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:	$ **********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.

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

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	13

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)
30 / 04 / 2025	16 / 09 / 2024	16 / 09 / 2025	25 / 04 / 2025	16 / 09 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
WORLDLINK SEGUROS LTDA CLIENTE	184402	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | PSE | American Express | MasterCard | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla | Super INTER | éxito | MOVIRED

SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTA, D.C. CARRERA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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.D00I

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

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 NO CAUSA PRIMA	18-03-101001862	13

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 ACLARA EN LA PRESENTE POLIZA ASI:

ASUNTO ACEPTACION OFERTA PROCESO PN RASES No MIC 015 2025
CONTRATO 81-7-20123-25
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PN RASES No 81-7-20123-25 CELEBRADO ENTRE LA NACION POLIZACIA NACIONAL - DIRECCIOND E SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 Y UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS-UDIAN CUYO ABJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS DE ALERGOLOGIA (CONSULTA Y PROCEDIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD) CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No 1 RESUIDENTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE INFLUENCIA

ASUNTO: ACEPTACIN DE OFERTA No.111-DISAN-EJC/CENAC REGIONAL NEIVA-2025 DENTRO DE LA INVITACIN DE MNIMA CUANTA 106-DISAN-EJC/CENAC REGIONAL NEIVA-2025.
COMUNICACION DE ACEPTACION DE OFERTA No. 106-DISAN-EJC/CENAC REGIONAL NEIVA-2025

CONTRATAR PRESTACIN DE SERVICIOS DE INMUNOLOGA CON DESTINO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DE LA REGIONAL 12 ESM BAS09 PARA LA VIGENCIA 2025.

LOS DEMAS TARMINOS Y CONDICIONES SIGUEN EN VIGOR

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado
Aprobado

Valor del pago
$ 474.761,00

Número de aprobación
00706358

Motivo
Transaccion de pago

Fecha del pago
30/04/2025

Referencia 1
1676124779

Hora del pago
02:42 PM

Referencia 2
NIT

Número de producto origen
**********9475

Referencia 3
8600095786

Destino del pago
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Código único CUS
1445706358

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

JULIAN ANDRES GUTIERREZ, identificado con CC 79.917.707, y con tarjeta profesional No. 308936-Tde la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de revisor fiscal de UNIDAD DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA DEL MEDITERRANEO SAS identificada con NIT 900804675-7, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de BOGOTÁ, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia, se firma en TUNJA a los 11 días del mes de ABRIL de 2025

Atentamente,

JULIAN ANDRES GUTIERREZ
CC. 79.917.707 de Bogotá.
T.P 308.936 - T

3123742905
jgutierrez@lozadaandpartners.com.co
contabjag@gmail.com