Unidad: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

EL JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 (E) DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA 0POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 00011 DEL 2 DE ENERO DE 2025, ADICIONADA Y MODIFICADA PARCIALMENTE POR LA RESOLUCIÓN No. 00364 DEL 12 FEBRERO DE 2025 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL, NOMBRADO MEDIANTE ORDEN INTERNA No. 25–214 DEL 9 DE SEPTIEMBRE DE 2025 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 LAS GARANTÍAS.

CONTRATO: 81–7–20229–25
CONTRATISTA: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U.
NIT: 900.243.862–1

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.

VALOR DEL CONTRATO: OCHENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS ($87.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, distribuidos de la siguiente manera: Para la vigencia **2025** por un valor de **CUARENTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($42.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** y para la vigencia **2026** por un valor de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($45.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**.

PLAZO DEL CONTRATO INICIAL: 30 de mayo del 2026.
COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
PÓLIZA CUMPLIMIENTO No. 360–47–994000050806 **ANEXO:** 0 **EXPEDICIÓN:** 3 de septiembre de 2025.
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 360–88–994000000075 **ANEXO:** 1
EXPEDICIÓN: 8 de septiembre de 2025.

Amparo	Valor asegurado	Vigencia (día – mes – año)	
		Desde	Hasta
Cumplimiento del contrato	$ 17.400.000,00	29 agosto 2025	30 mayo 2027
Calidad del servicio	$ 43.500.000,00	29 agosto 2025	30 mayo 2027
Pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones laborales	$ 4.350.000,00	29 agosto 2025	30 noviembre 2029
Responsabilidad civil profesional	$ 284.700.000,00	4 septiembre 2025	4 septiembre 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., el día 11 SEP 2025

Mayor **EDISSON FERNANDO TERAN PINO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 (E)

Elaborado por: CPS **ZAYRA DAYANNA PARRA DURAN**
Abogada Grupo de Contratos RASES No. 1

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

Aprobado por: Intendente Jefe **ADONIAS DE JESUS GOMEZ PEÑA**
Jefe Área Logística y Financiera (E) RASES No. 1

Vo. Bo. por: SI **SAMUEL RICARDO GUTIERREZ SARMIENTO**
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos (E) RASES No. 1

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
3606804536

PÓLIZA No: 360 - 47 - 994000050806 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SANTA PAULA** COD. AGENCIA: 360 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	09	2025	03	09	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

DIRECCIÓN: CALLE 8 9 99 CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS TELÉFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1** IDENTIFICACIÓN: NIT 900.336.524-5

BENEFICIARIO: **LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1** IDENTIFICACIÓN: NIT 900.336.524-5

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	29/08/2025	30/05/2027	17,400,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	29/08/2025	30/11/2029	4,350,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	29/08/2025	30/05/2027	43,500,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 900336524 - LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

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 PN RASES NO. 81-7-20229-25 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.

NOTA: SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LA MULTAS Y DE CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA Y LA ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****65,250,000.00	$ **********437,979	$****11,000.00	$ **********0	$ **********448,979

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	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/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

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000360680453

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CDDE207E070FF87B5C

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PSE

PSE BBVANET-CASH

CONFIRMACION DE SOLICITUD

Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
N° Confirmación:	4036
Fecha:	2025/09/03
N° cuenta a debitar:	0013-0506-00-0100008515
Valor:	448,979.00
Referencia:	198.143.57.41

SU PAGO HA SIDO REALIZADO SATISFACTORIAMENTE

Imprimir

Pulse el botón "Continuar" para cerrar esta sesión y continuar con el proceso de pago.

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre junto a ti!

MODULO

Consultar Póliza

Salir

Número de póliza: 994000050806

Número de anexo: 0

Agencia: SANTA PAULA

Ramo: CUMP. ENT. ESTATALES

Asegurado / Beneficiario: LA NACION-POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1

Tomador / Garantizado: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CUMPLIMIENTO	viernes, 29 de agosto de 2025	domingo, 30 de mayo de 2027	$17,400,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	viernes, 29 de agosto de 2025	viernes, 30 de noviembre de 2029	$4,350,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	viernes, 29 de agosto de 2025	domingo, 30 de mayo de 2027	$43,500,000.00

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

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606804536

PÓLIZA No: 360 - 47 - 994000050806 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	09	2025	10	09	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

DIRECCIÓN: CALLE 8 9 99 CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS TELÉFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.336.524-5

BENEFICIARIO: LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.336.524-5

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	29/08/2025	30/05/2027	17,400,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	29/08/2025	30/11/2029	4,350,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	29/08/2025	30/05/2027	43,500,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 900336524 - LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

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 PN BASES NO. 81-7-20229-25, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACION DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO DE NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.

NOTA: SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LA MULTAS Y DE CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA Y LA ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****65,250,000.00	$ **********437,979	$****11,000.00	$ **********0	$ **********448,979

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	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

Compañía de Seguros

AGENTE RETENEDOR DE IVA RES 2509 DIC/13 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

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

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606812679

PÓLIZA No: 360 -88 - 994000000075 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD. AGE: 360 — RAMO: 88 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
05 / 09 / 2025		04 / 09 / 2025 / 23:59	04 / 09 / 2026 / 23:59	365	05 / 09 / 2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	DIAS
	04 / 09 / 2025 / 23:59	04 / 09 / 2026 / 23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

DIRECCIÓN: CALLE 8 9 99 BARRIO CENTRO — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELÉFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS — CIUDAD: **LETICIA, AMAZONAS** — TELÉFONO: 6085927183

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** — IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 — DEPARTAMENTO: AMAZONAS — CIUDAD: LETICIA

DIRECCION: CALLE 8 No. 9-9

ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	284,700,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	284,700,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	284,700,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	43,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION POLIZA

TOMADOR: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U NIT 900243862
ASEGURADO: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U NIT 900243862

BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS:

· Calle 8 #9-99 Leticia

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***284,700,000.00	$ ********7,971,600	$****15,000.00	$ ***********0	$ ********7,986,600

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000360681267

FIRMA TOMADOR

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

CDDE207E070EFE7858

CLIENTE

MAHENAO 0

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000075** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

NO. DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 0

SE AMPARA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES POR LAS LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES DE UN ACTO MÉDICO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 04 septiembre del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO DEL SEGURO:
Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:
Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
<https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

MODALIDAD DE COBERTURA:
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE: LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA EMITIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Año2025, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

· Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

· Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:
o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
o Suministro de medicamentos.
o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

· Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.
Sublímite del 15% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP $ 14.000.000
o Por Evento: COP $ 43.000.000

· Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: Sublímite de COP $14.000.000 evento / COP $43.000.000 vigencia.

· Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:
Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000075 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

· Extensión del Periodo de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

· Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 20% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

· Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:
a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.
b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
c) Ejerzan un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad
Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

· Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

· Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 20% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

· Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

· Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

· Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
· Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
· No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.
· Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.
· Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
· Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
· Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
· Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
· Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

· TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

· TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se adicionan las siguientes:

· Asegurado contra Asegurado.
· Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
· Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con

masa corporal superior a [illegible]ramos por metro cuadrado.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000075 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

ASEGURADO: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

· Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
· Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
· Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
· Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
· Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
· Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
· Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
· Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos pare las actividades del asegurado.
· Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
· Se modifica la exclusión 6 del ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

6.

6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

· EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
· CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000075 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

· Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
· Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

· Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

· Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
· Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
· Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV

VALOR(ES) ASEGURADO(S) : $284.700.000

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

MODULO

Consultar Póliza

Salir

Número de póliza: 994000000075

Número de anexo: 0

Agencia: SANTA PAULA

Ramo: RC CLINICAS

Asegurado / Beneficiario: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U

Tomador / Garantizado: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$284,700,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$284,700,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$284,700,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$284,700,000.00
GASTOS DE DEFENSA	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$43,000,000.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606812679

PÓLIZA No: 360 -88 - 994000000075 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD AGE: 360 — RAMO: 88 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
05 / 09 / 2025		04 / 09 / 2025 / 23:59	04 / 09 / 2026 / 23:59 / 365	10 / 09 / 2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION — VIGENCIA DEL ANEXO: 04 / 09 / 2025 / 23:59 (DESDE) — 04 / 09 / 2026 / 23:59 / 365 (HASTA)

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U — IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1
DIRECCIÓN: CALLE 8 9 99 BARRIO CENTRO — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELEFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U — IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1
DIRECCIÓN: CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELEFONO: 6085927183
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: AMAZONAS CIUDAD: LETICIA

DIRECCION: CALLE 8 No. 9-9

ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	284,700,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	284,700,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	284,700,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	43,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION POLIZA

TOMADOR: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U NIT 900243862
ASEGURADO: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U NIT 900243862

BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS:

- Calle 8 #9-99 Leticia

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestacion de servicios profesionales de salud.

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ ***284,700,000.00	$ ********7,971,600	$****15,000.00	$ ***********0	$ ********7,986,600

Compañía de Seguros

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

CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o 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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606812679

PÓLIZA No: 360 -88 - 994000000075 **ANEXO:1**

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD. AGE: 360 — RAMO: 88 — PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIAS
FECHA DE EXPEDICIÓN	08	09	2025			
VIGENCIA DE LA PÓLIZA — VIGENCIA DESDE	04	09	2025	23:59	A LAS	
VIGENCIA HASTA	04	09	2026	23:59	A LAS	365
FECHA DE IMPRESIÓN	08	09	2025			

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIAS
VIGENCIA DESDE	04	09	2025	23:59	A LAS	
VIGENCIA HASTA	04	09	2026	23:59	A LAS	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

DIRECCIÓN: CALLE 8 9 99 BARRIO CENTRO — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELÉFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS — CIUDAD: **LETICIA, AMAZONAS** — TELÉFONO: 6085927183

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** — IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: AMAZONAS CIUDAD: LETICIA

DIRECCION: CALLE 8 No. 9-9

ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	284,700,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	284,700,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	284,700,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	43,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE POLIZA ESTA VINCULADA AL CONTRATO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PN RASES NO. 81-7-20229-25
NO. GS - 2025 - 021303 / REGI1

ACEPTACIÓN DE OFERTA PROCESO DE CONTRATACIÓN PN RASES NO. 1 MIC 035 2025

INVITACIÓN PÚBLICA DEL PROCESO PN RASES NO.1 MIC 035 2025, QUE TIENE POR OBJETO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.1, SU OFERTA HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON LOS REQUISITOS DE HABILITACIÓN, Y POR TANTO, ES ACEPTADA DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 94 DE LA LEY 1474 DE 2011 Y EL ARTÍCULO 2.2.1.2.1.5.2 DEL DECRETO 1082 DE 2015.

CONTRATO PN RASES No. 81-7-20229-25

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000360681267

FIRMA TOMADOR

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

CDDE207E070EFF775D

CLIENTE

MAHENAO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000075 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

CONTRATANTE NACIÓN - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

CONTRATISTA: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VELASQUEZ E.U.

PSE

PSE BBVANET-CASH

CONFIRMACION DE SOLICITUD

Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
N° Confirmación:	4052
Fecha:	2025/09/05
N° cuenta a debitar:	0013-0506-00-0100008515
Valor:	7,986,600.00
Referencia:	107.154.93.9

SU PAGO HA SIDO REALIZADO SATISFACTORIAMENTE

Imprimir

Pulse el botón "Continuar" para cerrar esta sesión y continuar con el proceso de pago.

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

MODULO

Consultar Póliza

Salir

Número de póliza:	**994000000075**	**Número de anexo:**	**1**
Agencia:	**SANTA PAULA**	**Ramo:**	**RC CLINICAS**
Asegurado / Beneficiario:	**IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U**		
Tomador / Garantizado:	**IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$0.00
GASTOS DE DEFENSA	jueves, 4 de septiembre de 2025	viernes, 4 de septiembre de 2026	$0.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS 3606812679

PÓLIZA No: 360 -88 - 994000000075 **ANEXO:1**

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD. AGE. 360 — RAMO 88 — PAP

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
08 / 09 / 2025		04 / 09 / 2025 / 23:59 A LAS	04 / 09 / 2026 / 23:59 A LAS	365	10 / 09 / 2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA

VIGENCIA DEL ANEXO	DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	DIAS
	04 / 09 / 2025 / 23:59 A LAS	04 / 09 / 2026 / 23:59 A LAS	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

DIRECCIÓN: CALLE 8 9 99 BARRIO CENTRO — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELEFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS — CIUDAD: **LETICIA, AMAZONAS** — TELEFONO: 6085927183

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** — IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: AMAZONAS CIUDAD: LETICIA

DIRECCION: CALLE 8 No. 9-99

ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	284,700,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	284,700,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	284,700,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	43,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 10,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE POLIZA ESTA VINCULADA AL CONTRATO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PN BASES NO. 81-7-20229-25
NO. GS - 2025 - 021303 / REGI1

ACEPTACIÓN DE OFERTA PROCESO DE CONTRATACIÓN PN BASES NO. 1 MIC 035 2025

INVITACIÓN PÚBLICA DEL PROCESO PN BASES NO.1 MIC 035 2025, QUE TIENE POR OBJETO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.1, SU OFERTA HA CUMPLIDO A CABALIDAD CON LOS REQUISITOS DE HABILITACIÓN, Y POR TANTO, ES ACEPTADA DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 94 DE LA LEY 1474 DE 2011 Y EL ARTÍCULO 2.2.1.2.1.5.2 DEL DECRETO 1082 DE 2015.

CONTRATO PN BASES No. 81-7-20229-25

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

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

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

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o 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

DECLARACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA PERSONAS JURIDICAS.

LETICIA, 01 de Agosto de 2025

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 50 DE LEA LEY 789 DE 2002, EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL, SE PERMITE CERTIFICAR QUE:

IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GÓMEZ VÁSQUEZ E.U

NIT: 900.243.862-1

HA REALIZADO LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A LOS ÚLTIMOS 6 MESES CON CORTE A JULIO DEL AÑO 2025.

Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramente, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

CINDY INES PARDO TORO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOC. IDENTIDAD NO. **1.082.852.452**