



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN						SUCURSAL						COD.SUC		NO.PÓLIZA		ANEXO	
CALI						CALI						45		45-40-101106906		0	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO								
18	03	2026	12	03	2026	00:00	30	03	2027	23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	ALERGOLOGOS DE OCCIDENTE S.A.S.	IDENTIFICACIÓN NIT: 900.798.538-1
DIRECCIÓN: CL 5 D NRO. 38 A - 35 CONS 715	CIUDAD: CALI, VALLE	TELÉFONO: 3176950683

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	EL MDN - EJERCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO DE CALI	IDENTIFICACIÓN NIT: 901.541.188-5
DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 83 - 00	CIUDAD: CALI, VALLE	TELÉFONO 3240578
BENEFICIARIO: 9.01.54.11.8.8 - E.J.E.R.C. ITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD	ADICIONAL: TERCEROS AFECTADOS	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D001 / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS EN DESARROLLO ACEPTACION DE OFERTA No. 290-DIGSA/DMCAL-2026 SELECCION DE MINIMA CUANTIA N299-DIGSA/DMCAL-2026, CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA, PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL DISPENSARIO MEDICO DE CALI Y EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS29 - POPAYAN

BENEFICIARIO: LOS TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	12/03/2026	30/03/2027	\$525,271,500.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	12/03/2026	30/03/2027	\$525,271,500.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	12/03/2026	30/03/2027	\$525,271,500.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ ***1,377,938.00	\$ *****20,000.00	\$ *****265,608.00	\$ *****1,663,546.00	\$ *****525,271,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

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 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI



45-40-101106906

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN						SUCURSAL						COD.SUC		NO.PÓLIZA		ANEXO	
CALI						CALI						45		45-40-101106906		0	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	TIPO MOVIMIENTO						
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	HORAS	DÍA	MES	AÑO	HORAS							
18	03	2026	12	03	2026	00:00	30	03	2027	23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE O RAZON SOCIAL		ALERGOLOGOS DE OCCIDENTE S.A.S.		IDENTIFICACIÓN NIT: 900.798.538-1	
DIRECCIÓN: CL 5 D NRO. 38 A - 35 CONS 715			CIUDAD: CALI, VALLE		TELEFONO: 3176950683

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO	
------------------------------------	--

ASEGURADO: EL MDN - EJERCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO DE CALI				IDENTIFICACIÓN NIT: 901.541.188-5	
DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 83 - 00			CIUDAD: CALI, VALLE		TELÉFONO: 3240578
BENEFICIARIO: 901541188 - EL MDN - EJERCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO ME					

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMVLV	12/03/2026	30/03/2027	\$525,271,500.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMVLV	12/03/2026	30/03/2027	\$525,271,500.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMVLV	12/03/2026	30/03/2027	\$525,271,500.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. 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 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101106906

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oleda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SANDRAPINTA

1

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN						SUCURSAL						COD.SUC		NO.PÓLIZA		ANEXO	
CALI						CALI						45		45-40-101106906		0	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO				
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO							
18	03	2026	12	03	2026	00:00		30	03	2027	23:59		EMISION ORIGINAL				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL ALERGOLOGOS DE OCCIDENTE S.A.S.								IDENTIFICACIÓN NIT: 900.798.538-1			
DIRECCIÓN: CL 5 D NRO. 38 A - 35 CONS 715						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO: 3176950683		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO: EL MDN - EJERCITO NACIONAL - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCION SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO DE CALI								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.541.188-5			
DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 83 - 00						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO 3240578		

BENEFICIARIO:

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



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 \$ ***1,377,938.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****20,000.00	IVA \$ ****265,608.00	TOTAL A PAGAR \$ *****1,663,546.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****525,271,500.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. 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 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415) 770998021167 (8020) 11011641808287 (3900) 000001663546 (96) 20260411

REFERENCIA
PAGO:
1101164180828-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE