



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL AGENCIA MANDATARIA - PÁRQUE 93	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACIÓN	POLIZA No. 62-03-101032881	ANEXO No. 9
TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT. 860.020.082-1	
DIRECCIÓN CR 15 A NRO. 120 - 74			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELÉFONO 6196077
ASEGURADO SANDRA HERRERA LOMONACO			CC 45.480.900	
DIRECCIÓN URB LA ESPANOLA MZA L5 PASEO DE BOLIVAR			CIUDAD CARTAGENA, BOLIVAR	TELÉFONO 6454949
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT. 0-0	
FECHA DE EXPEDICIÓN (d-m-a) 22 / 01 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2026	
HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2027		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2027		
INTERMEDIARIO AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	CLAVE 72960	% PARTICIPACIÓN 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACIÓN

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1			
ACTIVIDAD: PATOLOGÍA			
DESCRIPCIÓN: PERJUICIO PATRIMONIAL	AMPAROS ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	SUMA ASEGURADA \$ 900,362,000.00	INVAR \$ 900,362,000.00
DEDUCIBLES: 0 700,362,000.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD			
OBJETO DE LA POLIZA:			
TOTAL SUMA ASEGURADA: *****900,362,000.00		PRIMA: \$ *****210,194.00	
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA: \$ *****39,936.00	
		TOTAL A PAGAR: \$ *****250,130.00	

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 30 DÍAS 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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 82 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021103762902 (3900) 000000250130 (96) 20270101

REFERENCIA
PAGO:

1102110376290-2

SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO DE VIDA
SEGURO DE VIDA DEL ESTADO
SEGURO DE VIDA DEL ESTADO
SEGURO DE VIDA DEL ESTADO
SEGURO DE VIDA DEL ESTADO
62-03-101032881 ESTADO - SEGUROS DE VIDA

FIRMA ASESOR

CLIENTE

TOMADOR

CLARASANABRIA

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330



Hospital Universitario del Caribe
NIT 900 042 103-5

APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA FECHA 22-01-2026
CONTRATO N.º 00005 TIPO DE CONTRATO prestación
CONTRATISTA Sandra Herrera C.C. NIT 45.480.900
POLIZA N.º 101032881 ASEGURADORA S. del Estado
AMPARO Seg. Civil VALOR DEL AMPARO 1.903.622.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA [Signature]

* Se aprueba con lo establecido en el acuerdo 005 de 2006 con
el presupuesto de contratación de HUC del Caribe *



NIT-860.008.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PATOLOGÍA

DESCRIPCION	PERJUICIO PATRIMONIAL

AMPAROS

ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

SUMA ASEGURADA

INVAR

SUBLIMITE

\$ 1,700,362,000.00

\$ 1,700,362,000.00

REDUCIBLES: * 700 362 000 00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$*****1.700.362.000.00

PRIMA: \$ *****464,238.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

IVA 200,205.00

TOTAL A PAGAR: \$ *****552,443.00

TERMINO 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 DEBEN HACERSE DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

DECLARACIÓN DE LA PRESENTE FOLIO: LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022 1329 P.05.00000000E.RC.001A. D001. ADJUNTA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 20-97 REVIZION 08/2006

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA
PAGO:
1102110374527-3

(415) 7709998021167 (8020) 11021103745273 (3900) 000000552443 (96) 20270101

~~SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO SEGURO DEL ESTADO SEGURO
DE VIDA DEL ESTADO SEGUROS DEL EST
VIGENTE CAMPAÑA DEL ESTADO SEGURO
DEL ESTADO SEGURO DEL ESTADO SE~~

FILE# 45707424

CLIENTE

TC#ADCP.

MANAGEMENT

CLIENTE



Hospital Universitario del Caribe

NIT 900 042 103-5

APROBACIÓN DE GARANTIA ÚNICA FECHA 29-01-2026
CONTRATO N. 00005 TIPO DE CONTRATO prestación
CONTRATISTA Rafael Redondo C.C. NIT. 1047364833
POLIZA N. 10127710 ASEGURADORA S. del Estado
AMPARO Rep. Civil VALOR DEL AMPARO 17.700.362.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA [Signature]

* Se aprueba con lo establecido en el acuerdo 005 de 2006 con el presupuesto de contratación de HUC del Caribe *

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4402986311

PÓLIZA No: 440 -89 - 994000000484 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARTAGENA** COD. AGE: 440 RAMO: 89 PAP:
DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
24 10 2025 23:59 25 10 2025 23:59 25 10 2025 23:59 365
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DE LA PÓLIZA VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS
MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**
VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
25 10 2025 23:59 25 10 2025 23:59 365
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
NOMBRE: **OLIVA MARIA MARRUGO GRICE** IDENTIFICACIÓN: CC **33.155.143**
DIRECCIÓN: **CALLE 24 A # 19 - 15, MANGA** CIUDAD: **CARTAGENA DE INDIAS, BOLÍVAR** TELÉFONO: **3153220966**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
ASEGURADO: **OLIVA MARIA MARRUGO GRICE** IDENTIFICACIÓN: CC **33.155.143**
DIRECCIÓN: **CALLE 24 A # 19 - 15, MANGA** CIUDAD: **CARTAGENA DE INDIAS, BOLÍVAR** TELÉFONO: **3153220966**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **BOLÍVAR** CIUDAD: **CARTAGENA DE INDIAS**
DIRECCIÓN: **CALLE 24A No. 19-15 ,MANGA CL 24 NO 19-15**
ACTIVIDAD: **MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		500,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		50,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMIV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **OLIVA MARIA MARRUGO GRICE**
ASEGURADO: **OLIVA MARIA MARRUGO GRICE**

PROFESION ASEGURADA: **MEDICO**

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 25 del mes de OCTUBRE del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y 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 particulares.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ***500,000,000.00	\$ *****423,250	\$ ****15,000.00	\$ *****83,268	\$ *****521,517

INTERMEDIARIO	COASEGURO CEDIDO
NOMBRE RAUL SANCHEZ GUZMAN CLAVE 4749 %PART 100.00	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 TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIEN 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)00000000007000440298631
FIRMA TOMADOR
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADC207B0D0EF57D57 CLIENTE EXT. YRODRIGUEZ 0

 Hospital Universitario del Caribe
NIT 900 042 103-5

APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA FECHA 01-01-2026
CONTRATO N 0005 TIPO DE CONTRATO Asistencia
CONTRATISTA Olivera Harnage C.C. NIT 33155143
POLIZA N 484 ASEGURADORA Solidaria
AMPARO Rep. Univ. VALOR DEL AMPARO 500.000.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA Modesto

* Se aprueba con lo establecido en el acuerdo 005 de 2006 con
el presupuesto de contratación de HUC del Caribe *



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CONVENIO SCARE

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	Tipo de Movimiento ANEXO DE RENOVACION	Poliza No. 62-03-101029708	Anexo No. 11
TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE CR 15 A NRO. 120 - 74 MARTHA CECILIA TUÑON PITALUA 3 Ave No. 65-58 Edif. Crepsa Real 402 TERCEROS AFECTADOS		NIT 860.020.082-1 TELEFONO 6196077 CC 45.437.680 TELEFONO 0 NIT 0-0	
		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT		
		CIUDAD CARTAGENA, BOLIVAR		

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 16 / 01 / 2026	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2026	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2027	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2026	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2027
INTERMEDIARIO AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA		CLAVE 72960	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PATOLOGIA

DESCRIPCION PERJUICIO PATRIMONIAL	AMPAROS ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	SUMA ASEGURADA \$ 1,700,362,000.00 \$ 1,700,362,000.00	% INVAR	SUBLIMITE
--------------------------------------	--	--	---------	-----------

DEDUCIBLES: * 700,362,000.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,700,362,000.00	PRIMA:	\$ *****464,237.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****88,205.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****552,442.00

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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 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: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.08.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021103751727 (3900) 000000552442 (96) 20270101

REFERENCIA
PAGO:
1102110375172-7

62-03-101029708

JULIANANITOLA

FIRMA ALCORZADA

CLIENTE

TCHADCR

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60. PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



Hospital Universitario del Caribe
NIT 900 042 103-5

APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA FECHA: 16-01-2026
CONTRATO: 1000025 TIPO DE CONTRATO: prestación
CONTRATISTA: Martha Jairo C.C. NIT: 45.437.680
POLIZA N: 1002778 ASEGURADORA: S. del Estado
AMPARO: As. Curij VALOR DEL AMPARO: \$1.700.362.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA: [Signature]

* Se aprueba con lo establecido en el acuerdo 005 de 2008 con el presupuesto de contratación de HUC del Caribe *

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CONVENIO SCARE

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	Tipo de Movimiento ANEXO DE RENOVACION		Poliza No. 62-03-101029709	ANEXO No. 13
TOMADOR: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE				NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	Ciudad	BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CESAR REDONDO BERMUDEZ	Ciudad	CARTAGENA, BOLIVAR	CC	73.092.823
DIRECCION	MANGA EDF. HURUPE APTO. 202			TELEFONO	6606659
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)		
20 / 01 / 2026	01 / 01 / 2026		01 / 01 / 2026		
INTERMEDIARIO AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA		CLAVE 72960	% PARTICIPACION 100.00	COASEGURO CEDIDO COMPANIA	
				% PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1	
ACTIVIDAD: PATOLOGÍA	
DESCRIPCIÓN:	AMPAROS
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD
	SUMA ASEGURADA \$ 1,700,362,000.00
	\$ 1,700,362,000.00
DEDUCIBLES:	° 700,362,000.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD
OBJETO DE LA POLIZA:	
TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,700,362,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO
PRIMA:	\$ *****471,330.00
IVA:	\$ *****89,552.00
TOTAL A PAGAR:	\$ *****560,882.00

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 5 DÍAS 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 DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA
PAGO:
1102110375755-0

(415) 7709998021167 (8020) 11021103757550 (3900) 000000560882 (96) 20270101

62-061010297095 PAGE - SEQUENCIA DE VII

 Hospital Universitario del Caribe
NIT 900 042 103-5

APROBACION DE GARANTIA ÚNICA FECHA 20-01-2026
CONTRATO N° 00005 TIPO DE CONTRATO Prestación
CONTRATISTA Enar Pido C.C. NIT 73092823
POLIZA N° 01029707 ASEGURADORA del Estado
AMPARO del Caribe VALOR DEL AMPARO 1.700.362.000
FUNCIONARIO QUE APRUEBA [Firma]

* Se aprueba con lo establecido en el Decreto 005 de 2006 con
el presupuesto de contratación de HUC del Caribe *