



Red de Salud del Oriente
 Empresa Social del Estado E.S.E
 Municipio de Santiago de Cali
 NIT. 805.027.337-4

**FORMATO APROBACIÓN DE
 POLIZAS**

Código:	FR-140.04
Versión:	002
Fecha:	23/07/2024
Página:	Pag. 1

1. ENTIDAD:	RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E																
2. CONTRATO N°:	100.23.19.20260050	VALOR TOTAL:	14.262.000,00														
3. FECHA DE SUSCRIPCIÓN:				DÍA	MES	AÑO											
				15	4	2026											
4. OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR EL SERVICIO DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, NOTAS CREDITO Y DEBITO PARA LA RED DE SALUD DEL ORIENTE, GENERANDO TODOS LOS DOCUMENTOS ELECTRONICOS POR SOFTWARE, EN CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA DIAN SEGUN NORMATIVIDAD VIGENTE..																
5. CONTRATISTA:	SIO SAS																
6. NIT N°:	8.001.577.867																
7. PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO N°:	45-44-101174668				ANEXO N°:	0											
8. PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL N°:					ANEXO N°:												
ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO SA																	
Ciudad y fecha de expedición de la póliza: Cali, 20 abril 2026																	
9. TIPO DE APROBACIÓN DE PÓLIZA:																	
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Póliza de Cumplimiento a favor de Entidades Estatales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Certificado de Modificación de Poliza de Cumplimiento a favor de Entidades Estatales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Certificado de Modificación de Poliza de Responsabilidad Civil Extracontractual</td> </tr> </table>										<input checked="" type="checkbox"/>	Póliza de Cumplimiento a favor de Entidades Estatales	<input type="checkbox"/>	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	<input type="checkbox"/>	Certificado de Modificación de Poliza de Cumplimiento a favor de Entidades Estatales	<input type="checkbox"/>	Certificado de Modificación de Poliza de Responsabilidad Civil Extracontractual
<input checked="" type="checkbox"/>	Póliza de Cumplimiento a favor de Entidades Estatales																
<input type="checkbox"/>	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual																
<input type="checkbox"/>	Certificado de Modificación de Poliza de Cumplimiento a favor de Entidades Estatales																
<input type="checkbox"/>	Certificado de Modificación de Poliza de Responsabilidad Civil Extracontractual																
TIPO DE AMPARO	COBERTURA (% ó SMMLV)	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA						DÍA	MES	AÑO						
			FECHA INICIAL			FECHA FINAL											
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO									
Cumplimiento del	20%	\$ 2.852.400,00	14	4	2026	30	11	2026									
Calidad del Servicio	20%	\$ 2.852.400,00	14	4	2026	30	11	2026									
Observaciones:																	
De acuerdo con lo establecido en el contrato No. 100.23.19.20260050, se firma la presente Acta de aprobacion.																	
IMPORTANTE																	
Si el formato se va a utilizar para realizar contratos mediante la plataforma SECOP II, se registran los datos solicitados de quien firma electrónicamente, no se imprime el documento, dado que se entiende válido con la firma electrónica que se realiza a través del flujo de aprobación de la plataforma en mención.																	
<p>LEONARDO MEDINA PATIÑO RESPONSABLE OFICINA JURIDICA RED DE SALUD DE ORIENTE ESE</p>																	
Elaboró: Hellen Dayanna Gonzalez					Revisó: Leonardo Medina Patiño												





**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI			SUCURSAL CALI			COD.SUC 45		NO.PÓLIZA 45-44-101174668		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	
20 04 2026			14 04 2026			00:00		30 11 2026		23:59	
TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION								IDENTIFICACIÓN NIT: 800.157.786-7			
DIRECCIÓN: KR 100 NRO. 14 - 96						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO: 4855757		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO								IDENTIFICACIÓN NIT: 805.027.337-4			
DIRECCIÓN: CL. 72 N ENTRE CR. 28E Y 28F						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO 3194015		

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO:

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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 CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO NO 100.23.19.20260050 CUYO OBJETO ES: PRESTAR EL SERVICIO DE FACTURACION ELECTRONICA, NOTAS CREDITO Y DEBITO PARA LA RED DE SALUD DEL ORIENTE, GENERANDO TODOS LOS DOCUMENTOS ELECTRONICOS POR SOFTWARE, EN CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA DIAN SEGUN NORMATIVIDAD VIGENTE.

AMPAROS.

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/04/2026	30/11/2026	\$2,852,400.00
CALIDAD DEL SERVICIO	14/04/2026	30/11/2026	\$2,852,400.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****40,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****9,120.00	\$ *****57,120.00	\$ *****5,704,800.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANDRES ALBERTO VILLAQUIRAN REINA	91956	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 PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI



45-44-101174668

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Queda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI			SUCURSAL CALI			COD.SUC 45		NO.PÓLIZA 45-44-101174668		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 20 04 2026			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 14 04 2026			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 30 11 2026		A LAS HORAS 23:59	
TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO											
NOMBRE O RAZON SOCIAL SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION										IDENTIFICACIÓN NIT: 800.157.786-7	
DIRECCIÓN: KR 100 NRO. 14 -96						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO: 4855757		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO											
ASEGURADO / BENEFICIARIO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO										IDENTIFICACIÓN NIT: 805.027.337-4	
DIRECCIÓN: CL. 72 N ENTRE CR. 28E Y 28F						CIUDAD: CALI, VALLE			TELÉFONO 3194015		

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

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

PAGOS CON CONVENIO No aplica para transferencias

Banco de Bogotá Seguros del Estado
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****40,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****9,120.00	TOTAL A PAGAR \$ *****57,120.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****5,704,800.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANDRES ALBERTO VILLAQUIRAN REINA	91956	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 PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-13/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11011641869100 (3900) 000000057120 (96) 20270414

REFERENCIA PAGO:
1101164186910-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Consulta de Póliza

Consulta de SOAT

Datos de la póliza

Estado:

Vigente

Número de póliza:

45-44-101174668

Número de anexo:

0

Fecha de expedición:

lunes, 20 de abril de 2026

Ramo:

CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

Asegurado:

RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Tomador:

SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION

Inicio de vigencia:

martes, 14 de abril de 2026

Fin vigencia:

lunes, 30 de noviembre de 2026

Valor total asegurado:

\$ 5.704.800,00

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](tel:3103279980)

• **Correo electrónico:**

verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com

Póliza de SOAT:

• **Teléfono:** [\(601\) 4324102](tel:6014324102) (a nivel nacional)

• **Correo electrónico:** operacionsoat@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](#).