

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5804891348**

**PÓLIZA No: 580 - 47 - 994000095356 ANEXO: 1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **PEREIRA**

COD. AGENCIA: **580** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **29** MES **04** AÑO **2026**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **29** MES **04** AÑO **2026**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **ALERGOSALUD S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.765.175-8**

DIRECCIÓN: **KR 19 8 13 OF 203 Y 204 ED TRI**

CIUDAD: **PEREIRA, RISARALDA**

TELÉFONO: **563171777**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **. POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.339.410-8**

BENEFICIARIO: **. POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.339.410-8**

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.**

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 26/11/2025     | 31/08/2026     | 9,200,000.00   |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 26/11/2025     | 31/08/2029     | 2,300,000.00   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | 26/11/2025     | 31/08/2027     | 23,000,000.00  |

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

BENEFICIARIOS  
NIT 900339410 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3, .

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 DEL CONTRATO NO. 86-7-20225-25 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN ALERGOLOGIA, PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, CONSULTAS, CONTROLES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO Y DEMAS SERVICIOS QUE SE DERIVEN DE LA ESPECIALIDAD PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No. 3 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO.

NOTA ACLARATORIA

|                                                       |                                       |                                          |                              |                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br><b>\$ ****11,250,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br><b>\$ *****32,977</b> | GASTOS EXPEDICION:<br><b>\$*****0.00</b> | IVA:<br><b>\$ *****6,266</b> | TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ *****39,243</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|----------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| ASEGURAMOS.COM LTDA  | 11056 | 100.00 |                                  |       |                 |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS 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.coww\\_digitalclient#login](https://www.solidaria.com.coww_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 QUIEN 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 2012, 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)0000000007000580489134

  
**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CBD0207C0606F97D5B

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000095356 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

|               |                                                                                 |                 |     |               |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|---------------|
| NOMBRE:       | ALERGOSALUD S.A.S.                                                              | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 900.765.175-8 |
| ASEGURADO:    | . POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3 | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 900.339.410-8 |
| BENEFICIARIO: | . POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3 | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 900.339.410-8 |

TEXTO ITEM 1

ASI MISMO LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS. ASÍ MISMO, SE INDICARÁ QUE EN EL EVENTO EN QUE, POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIERA DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTARÁ DESDE EL MOMENTO DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR. EN TODO CASO, DEPENDIENDO DEL TIPO DE MECANISMO DE COBERTURA ELEGIDO, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

OBSERVACION  
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ADICION 1 Y PRORROGA 1 Y MODIFICACION 001 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro. 86-7-20225-25, SE PRORROGAN LOS AMPAROS DE LA PRESENTE POLIZA TENIENDO EN CUENTA QUE SE PRORROGO EL CONTRATO POR DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS Y REALIZA ADICION AL CONTRATO EN LA SUMA DE \$15.000.000, LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN VIGENTES.