Socotá- Boyacá, mayo de 2026.

Señor (a):
**LA PREVISORA S.A SUCURSAL TUNJA**
La Ciudad

Ref. Solicitud de Cotización

Cordial Saludo

Atentamente me permito solicitar cotización para la prestación de: **SEGUROS QUE AMPAREN LOS INTERESES PATRIMONIALES ACTUALES Y FUTUROS, ASÍ COMO LOS BIENES DE PROPIEDAD DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE SOCOTÁ, QUE ESTÉN BAJO SU RESPONSABILIDAD Y CUSTODIA Y AQUELLOS QUE SEAN ADQUIRIDOS** para lo cual deberá allegar cotización antes del día 4 de mayo de 2026.

En virtud del contrato de referencia, se debe tener en cuenta las obligaciones especificas así:

**Obligaciones Específicas del Eventual Contratista:**

1). Ejecutar el contrato suscrito en los términos y condiciones señalados en la propuesta presentada por el ASEGURADOR, y de conformidad con las normas legales que los regulen. 2). Atender y pagar las reclamaciones y siniestros que presente la entidad, o sus beneficiarios, en los términos, plazos y condiciones señalados en la oferta presentada y de conformidad con la legislación vigente, sin dilaciones. 3). Coordinar con el Intermediario de Seguros de la entidad, la entrega dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de cada mes, el informe de estadísticas y reporte sobre siniestralidad, el cual debe contener la siguiente información: póliza afectada, número de radicación del siniestro, fecha de aviso, fecha de ocurrencia del siniestro, amparo afectado, valor estimado de la reclamación, estado de la reclamación, ciudad de ocurrencia, número de orden de pago, valor indemnizado y fecha de pago según corresponda. 4). Sostener los precios ofertados durante la vigencia del contrato, incluidas las modificaciones por inclusiones o exclusiones y adiciones. 5). Prestar todos y cada uno de los servicios descritos en su propuesta. 6). Atender y responder las solicitudes y requerimientos que realice la entidad. 7). Pagar las comisiones al intermediario de seguros de la entidad, de conformidad con el artículo 1341 del Código de Comercio, con las disposiciones vigentes y con el ofrecimiento realizado en la oferta. 8). Suministrar un número de teléfono de atención disponible, con el propósito de brindar ayuda inmediata a la entidad, en caso de atención de siniestros. 9). Informar oportunamente al supervisor del contrato sobre las imposibilidades o dificultades que se presenten en la ejecución del mismo. 10) No comunicar, divulgar, ni aportar, ni utilizar la información que le sea suministrada o que le haya confiado o que obtenga en desarrollo del objeto contractual y/o de los servicios prestados, a ningún título frente a terceros ni en provecho propio, sin previo consentimiento escrito por parte de la entidad. 11). Abstenerse de dar información a medios de comunicación, a menos que haya recibido autorización de la entidad. **PARÁGRAFO:** Esta obligación se prolongará incluso después de finalizado el servicio y por el término de dos (2) años. 12). De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, el contratista deberá dar cumplimiento a sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA, e ICBF).13). Las demás que surjan del contenido del contrato, de las presentes cláusulas adicionales que se incorporan al mismo o de la propuesta presentada por el **ASEGURADOR. PARÁGRAFO PRIMERO: PROHIBICIONES:** No se autoriza la realización de cambios en las especificaciones, ni modificación alguna en el desarrollo del objeto contractual, salvo por orden escrita de la entidad. Expedir la póliza todo riesgo daño material, póliza de manejo global estatal, póliza de responsabilidad civil extracontractual, póliza de responsabilidad civil servidores públicos, póliza de responsabilidad civil clínicas y póliza de automóviles, en los términos establecidos en la oferta y de acuerdo a la ficha técnica.

| ITEM | RAMO | DÍAS DE COBERTURA |
|---|---|---|
| 1 | Todo Riesgo Daño Material | 365 |
| 2 | Manejo Global Estatal | 365 |
| 3 | Responsabilidad Civil extracontractual | 365 |

Junto con su oferta deberá anexar los siguientes documentos:

- Copia de Cedula de Ciudadanía (Persona Natural o Representante Legal).
- Carta de Presentación de la propuesta y/o cotización.
- Antecedentes Judiciales (Persona Natural o Representante Legal) expedido por la Policía Nacional con fecha de expedición no superior a 30 días.
- Registro Nacional de Medidas Correctivas (Persona Natural o Representante Legal) expedido por la Policía Nacional con fecha de expedición no superior a 30 días.
- Antecedentes Disciplinarios Persona Natural y Jurídica* expedido por Procuraduría General de la Nación, con fecha de expedición no superior a 30 días.
- Antecedentes Disciplinarios Por Profesión*, con fecha de expedición no superior a 30 días.
- Antecedentes Fiscales Persona Natural y Jurídica* expedido por Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 30 días.
- Registro de Deudores Alimentarios morosos REDAM de la persona natural o representante legal*.
- Autorización de consulta de inhabilidades por delitos sexuales persona natural o representante legal*.
- Certificados de afiliación a Salud, Pensión y riesgo o planilla de pago se Seguridad Social del mes anterior a la contratación.
- Copia de Registro Único Tributario RUT.
- Cámara de Comercio*
- Formato Declaración de Bienes y Rentas persona natural o jurídica según formato Ley 190 de 1995
- Formato bienes y rentas, conflictos de interés y declaración del impuesto sobre la renta y complementarios, como lo establece la Ley 2013 de 2019.
- Copia de Libreta Militar persona Natural o constancias de haber resuelto su situación militar. (Artículo 42 Ley 1861 de 2017).*
- Tarjeta Profesional, RETHUS.*
- Hoja de vida con soportes.
- Diploma, Acta de Grado, estudios*
- Examen ocupacional no mayor a 3 años*
- Constancia de actualización SIGEP.*
- Certificación Bancaria.
- Certificados de experiencia.
- Certificaciones complementarias de conformidad con el perfil requerido y aplicando la Resolución 3100 de 2019 (Habilitación de servicios de salud)*
- Certificación Superfinanciera para prestar servicios de aseguramiento.

* Cuando aplique.

Agradezco la atención prestada y su pronta respuesta.

**JULIANA ANDREA AYALA DELGADO**
**GERENTE**
**E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO – SOCOTÁ.**

| Proyectó | | Revisó | Aprobó |
|---|---|---|---|
| Nombre | DIANA KATHERIN SUAREZ CALDERON | JULIANA ANDREA AYALA DELGADO | JULIANA ANDREA AYALA DELGADO |
| Cargo | Tesorera | Gerente | Gerente |