

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**4752845760**

**PÓLIZA No: 475 -74 - 994000013591 ANEXO:0**

|                                                                 |                                                                |                                                                                |                                             |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: <b>SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.</b> | COD. AGE: <b>475</b>                                           | RAMO: <b>74</b>                                                                | PAP:                                        |
| DIA <b>12</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2026</b>                     | DIA <b>12</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2026</b> HORAS <b>23:59</b> | DIA <b>12</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2026</b> HORAS <b>23:59</b> DIAS <b>122</b> | DIA <b>12</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2026</b> |
| FECHA DE EXPEDICIÓN                                             | VIGENCIA DESDE A LAS                                           | VIGENCIA HASTA A LAS                                                           | FECHA DE IMPRESIÓN                          |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>                             | TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b>                            |                                                                                |                                             |

|                                      |                                                                |                                                                                |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE MOVIMIENTO <b>EXPEDICION</b> | DIA <b>12</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2026</b> HORAS <b>23:59</b> | DIA <b>12</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2026</b> HORAS <b>23:59</b> DIAS <b>122</b> |
| VIGENCIA DEL ANEXO                   | VIGENCIA DESDE A LAS                                           | VIGENCIA HASTA A LAS                                                           |

|                                              |                                                                       |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL TOMADOR                            |                                                                       |
| NOMBRE: <b>DIPROMEDICOS SAS</b>              | IDENTIFICACIÓN: NIT <b>900.493.018-1</b>                              |
| DIRECCIÓN: <b>AV 11 E 5 A 86 SANTA LUCIA</b> | CIUDAD: <b>CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER</b> TELÉFONO: <b>6075745449</b> |

|                                                                            |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO                                         |                                                                           |
| ASEGURADO: <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE</b> | IDENTIFICACIÓN: NIT <b>900.959.051-7</b>                                  |
| DIRECCIÓN: <b>DIAGONAL 34 # 5 - 43</b>                                     | CIUDAD: <b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL</b> TELÉFONO: <b>6013444484</b> |
| BENEFICIARIO: <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                    | IDENTIFICACIÓN: NIT <b>001-8</b>                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| ASEGURADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CE NIT : 900959051                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |
| ITEM: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. |
| DIRECCION: VIA URBANA No. -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |
| ACTIVIDAD: CONTRATO DE SUMINISTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |
| TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TIPO DE RIESGO: SERVICIOS MANZANA: AV. -0           |
| DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | AMPAROS SUMA ASEGURADA % INVAR SUBLIMITE            |
| CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 29,733,880.00                                    |
| PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 29,733,880.00                                       |
| DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |
| BENEFICIARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |
| NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |
| MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 02 BS 0035 2026 REFERENTE A CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |                                                     |

|                                                       |                                       |                                               |                               |                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br><b>\$ ****29,733,880.00</b> | VALOR PRIMA:<br><b>\$ *****50,686</b> | GASTOS EXPEDICION:<br><b>\$ *****5,000.00</b> | IVA:<br><b>\$ *****10,580</b> | TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ *****66,266</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|

|                                                                              |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| INTERMEDIARIO                                                                | COASEGURO CEDIDO                      |
| NOMBRE <b>NIOVIS EBETH COTES ARIAS</b> CLAVE <b>4883</b> %PART <b>100.00</b> | 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. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

|                                                                                                                |                                                                                                                                        |                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>FIRMA ASEGURADOR</b> | <br>(415)7701861000019(8020)00000000007000475284576 | <br><b>FIRMA TOMADOR</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

CADF257A070BF97959

CLIENTE



SREYES 0