

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09VA



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4752740144

PÓLIZA No: 475-47-994000075346 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.	COD. AGENCIA: 475	RAMO: 47						
TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>02</td> <td>2026</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	27	02	2026
DIA	MES	AÑO						
27	02	2026						
		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>02</td> <td>2026</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	27	02	2026
DIA	MES	AÑO						
27	02	2026						
		<table border="1"> <tr> <td>FECHA DE EXPEDICIÓN</td> <td>FECHA DE IMPRESIÓN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE IMPRESIÓN				
FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE IMPRESIÓN							

DATOS DEL AFIANZADO	
NOMBRE: INVERSIONES Y SUMINISTROS MENUVIDA S.A.S.	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.922.451-1
DIRECCIÓN: AV 11 18 A 15 BRR LA LIBERTAD	CIUDAD: LOS PATIOS, NORTE DE SANTANDER TELÉFONO: 6075842638

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 807.004.393-5
BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 807.004.393-5

AMPAROS			
GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS			
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	01/01/2026	05/10/2026	4,200,000.00
CALIDAD DEL BIEN	01/01/2026	05/04/2027	4,200,000.00
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:			
BENEFICIARIOS			
NIT 807004393 - E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS			
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:			

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 DE CONTRATO NO. 0034 DEL 2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON SUMINISTRO DE ALIMENTACION HOSPITALARIA DESTINADA A ATENDER LAS NECESIDADES DE LA ESE JOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS, EN PARTICULAR A PACIENTES HOSPITALIZADOS, PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL AREA DE URGENCIAS Y VACUNACION DE LA ESE CON TURNOS DE DOCE (12) HORAS CONTINUAS ASI COMO OTROS REQUERIMIENTOS FUNDADOS EN NECESIDADES EN NECESIDADES DEL SERVICIO INFORMADAS OPORTUNAMENTE POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO Y CONFORME CON LA PROGRAMACION Y AUTORIZACION PREVIA POR PARTE DE LA GERENCIA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS.

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y POR SOLICITUD DEL ASEGURADO, SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO, PARA EL AMPARO DE LA POLIZA EN MENCION.
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *****2,800,000.00	\$ *****20,003	\$*****5,000.00	\$ *****4,751	\$ *****29,753

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA FABIOLA MORA GUTIERREZ	4879	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, ASI COMO PARA EL ENVIO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERIA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFONICAS 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.co/col digitales/90login>

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)00000000007000475274014	FIRMA TOMADOR
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá		
CADEF257A0806FC7D59		