NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4402950598

PÓLIZA No: 440-47-994000026405 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: CARTAGENA | COD AGENCIA: 440 | RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	08	09	2022

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	08	09	2022

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **CENIC S.A.S.** | IDENTIFICACIÓN: NIT **806.009.230-2**

DIRECCIÓN: CABRERO, CL REAL DEL CABRERO 42 62 | CIUDAD: CARTAGENA, BOLIVAR | TELEFONO: 6056645367

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA** | IDENTIFICACIÓN: NIT **901.541.021-4**

BENEFICIARIO: **HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA** | IDENTIFICACIÓN: NIT **901.541.021-4**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	17/05/2022	30/01/2023	30,270,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	17/05/2022	30/09/2025	5,045,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	17/05/2022	31/01/2023	30,270,000.00

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

BENEFICIARIOS
NIT 901541021 - HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA

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 DE ACEPTACION DE OFERTA NO.138-ARC-DISAN-HONAC-2022 DE FECHA 16-05-202, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON CON LAPRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES EN EL AREA DE HOSPITALIZAICON EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA MUJERES, ADOLESCENTES Y NIÑOS, Y SERVICIOS DE REHABILITACION CUANDO SEAN ORDENADOS PARA TAL FIN PARA USUARIOS BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III CARTAGENA.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICA VALOR ASEGURADO DE ACUERDO PRIMER MODIFICATORIO ADICION AL CONTRATO INICIAL.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****21,450,000.00	$ **********58,776	$*********0.00	$ *******11,167	$ **********69,944

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
PROGRESO LTDA	2834	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

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 QUIÉN 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 AQUÉLLOS 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 2.012, 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

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000440295059

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADC207A0608FA785F

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner