

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



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4803343807**

**PÓLIZA No: 480-47-994000055584 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>IBAGUÉ</b>	COD. AGENCIA: <b>480</b>	RAMO: <b>47</b>												
TIPO DE MOVIMIENTO: <b>EXPEDICION</b>	TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b>													
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td><b>09</b></td> <td><b>05</b></td> <td><b>2025</b></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO	<b>09</b>	<b>05</b>	<b>2025</b>	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td><b>09</b></td> <td><b>05</b></td> <td><b>2025</b></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	<b>09</b>	<b>05</b>	<b>2025</b>
DIA	MES	AÑO												
<b>09</b>	<b>05</b>	<b>2025</b>												
DIA	MES	AÑO												
<b>09</b>	<b>05</b>	<b>2025</b>												
FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE IMPRESIÓN												

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: <b>N&amp;G PROYECTOS SAS</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>900.945.344-9</b>
DIRECCIÓN: <b>KR 5 N 63 28</b>	CIUDAD: <b>NEIVA, HUILA</b>
	TELÉFONO: <b>6564690</b>

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>844.004.197-2</b>
BENEFICIARIO: <b>RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>844.004.197-2</b>

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA	DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO	CUMPLIMIENTO	09/05/2025	09/10/2025	998,508.60
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	09/05/2025	09/06/2026	998,508.60
	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA		VER NOTA ACLARATORIA	998,508.60

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA:

\*\*\*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 DE OBRA NO.SECOP II RSC-CD-867-2025, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON LA CONSTRUCCION CUBIERTA EN ACCESO A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE HATOCOROZAL, ADSCRITO A RED SALUD CASANARE E.S.E.

EL AMPARO MENCIONADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA COMO "PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND." HACE REFERENCIA A "PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, E INDEMNIZACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO LABORAL".

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, TENDRA UN VIGENCIA DE CINCO (5) AÑOS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE RECIBO FINAL Y A SATISFACION DE LA OBRA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *****2,995,525.80	\$ *****120,051	\$ ****11,000.00	\$ *****24,900	\$ *****155,950

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
GUSTAVO VILLALBA RODRIGUEZ	8572	100.00			

DECLARACION Y AUTORIZACION: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACION 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 TRAVES DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERIA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRONICOS 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 DECLARACION, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRONICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTION AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTION DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRONICO: 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/wa\\_digitalclient/#/login](https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login)

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACION DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACION; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA 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 MERCADO, PROMOCION Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAISES), BAJO LOS PARAMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMAS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMAS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACION APLICABLE. ESTA AUTORIZACION SE MANTENDRA POR EL TIEMPO DE DURACION DEL VINCULO O LA PRESTACION DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACION DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLITICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLITICA 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. TAMBIEN 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)00000000007000480334380

  
**FIRMA TOMADOR**

DIRECCION NOTIFICACION ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CAD0207B0CBFF765F

CLIENTE



Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano \* Celular: 312 342 6229 \* Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com  
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna \* Celular: 310 223 4304 \* Correo electrónico: martinezjlunaabogados@gmail.com  
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá \* Teléfono: (601) 791 91 80 \* Fax: (601) 791 91 80 \* Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros