

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3102297417**

**PÓLIZA No: 310 - 47 - 994000017634 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **AVENIDA SUBA** COD. AGENCIA: **310** RAMO: **47**  
TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO  
**25 08 2025 27 08 2025**  
FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **LAURA FERNANDA TORRES ROZO** IDENTIFICACIÓN: CC **1000.619.046**  
DIRECCIÓN: **KR 4 2 76 VIA PRINCIPAL** CIUDAD: **QUETAME, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **3132010981**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL DE CAQUEZA** IDENTIFICACIÓN: NIT **832.001.411-7**  
BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL DE CAQUEZA** IDENTIFICACIÓN: NIT **832.001.411-7**

**AMPAROS**

**GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.**

| DESCRIPCION AMPAROS   | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO CUMPLIMIENTO | 25/08/2025     | 28/02/2026     | 1,259,333.50   |

BENEFICIARIOS  
NIT 832001411 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL DE CAQUEZA

**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 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No 964 DE 2025**

| VALOR ASEGURADO TOTAL:      | VALOR PRIMA:          | GASTOS EXPEDICION:      | IVA:                 | TOTAL A PAGAR:        |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| <b>\$ *****1,259,333.50</b> | <b>\$ *****25,000</b> | <b>\$ ****11,000.00</b> | <b>\$ *****6,840</b> | <b>\$ *****42,840</b> |

| NOMBRE INTERMEDIARIO          | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| GERMAN RICARDO CLAVIJO BENITO | 8136  | 100.00 |                                  |       |                 |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIDAD SON SUMINISTRADOS VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS 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/wa\\_digitalclient/#/login](https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login)

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 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>

DE ACUERDO CON EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

ESTIMADO USUARIO. PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/general/pn/ru-respaldo/patrimoniales/cia-pn-patrimoniales-cumplimiento-particulares-17092020.pdf>. 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)00000000007000310229741

**FIRMA TOMADOR**

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

**CLIENTE**

CDD9207A0D06FB7A5E