

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



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4352221842

PÓLIZA No: 435- 47- 994000061112 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA	COD. AGENCIA: 435 RAMO: 47												
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION												
<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>26</td> <td>08</td> <td>2025</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	26	08	2025	<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>26</td> <td>08</td> <td>2025</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	26	08	2025
DIA	MES	AÑO											
26	08	2025											
DIA	MES	AÑO											
26	08	2025											
FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE IMPRESIÓN													

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: GISELLE CAROLINA CLAVIJO YATE	IDENTIFICACIÓN: CC 53.036.411
DIRECCIÓN: CRA 116A 15C-70	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3046330437

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.403-4
BENEFICIARIO: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.403-4

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: COMISION DE ESTUDIOS	
DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	22/08/2025 05/10/2025 1,299,868.00
TOMADORES ASOCIADOS	
CC 53036411 - CLAVIJO YATE, GISELLE CAROLINA - PART: 100.00%	

BENEFICIARIOS
NIT 899999403 - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE COMISION DE ESTUDIOS:

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 CONVENIO DE COMISIÓN DE ESTUDIOS EN EL EXTERIOR No. CEE-INS-015-2025, DE FECHA 22 DE AGOSTO DE 2025, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON LA COMISIONADA, A PARTIR DEL 25 Y HASTA EL 29 DE AGOSTO DE 2025, PARTICIPARÁ EN EL EVENTO "TALLER DE CAPACITACIÓN EN VIGILANCIA LABORATORIAL DE PATÓGENOS EMERGENTES Y REEMERGENTES CON POTENCIAL PANDÉMICO Y/O EPIDÉMICO, EN EL MARCO DEL PROYECTO PROTECT" CONVOCADO POR LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD A DESARROLLARSE EN TENA, ECUADOR.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****1,299,868.00	VALOR PRIMA: \$ *****100,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****11,000.00	IVA: \$ *****21,090	TOTAL A PAGAR: \$ *****132,090
--	---------------------------------	--	------------------------	-----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO CESAR ANDRES GAVIRIA GOMEZ	CLAVE 10228	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
--	----------------	-----------------	----------------------------------	-------	-----------------

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, 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

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)00000000007000435222184

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADB257A0D0FD765B

CLIENTE