

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



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3606514317

PÓLIZA No: 360 - 47 - 994000045138 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA	COD. AGENCIA: 360	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>20</td> <td>10</td> <td>2025</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	20	10	2025
DIA	MES	AÑO						
20	10	2025						
		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>10</td> <td>2025</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	20	10	2025
DIA	MES	AÑO						
20	10	2025						
		FECHA DE EXPEDICIÓN						
		FECHA DE IMPRESIÓN						

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: AYGPHARMA S A S	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.080.835-1
DIRECCIÓN: CR 97 22A 29	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL
	TELÉFONO: 3105531531

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	IDENTIFICACIÓN: NIT 800.006.850-3
BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	IDENTIFICACIÓN: NIT 800.006.850-3

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	04/04/2025	30/06/2026	67,466,070.80
CALIDAD DEL BIEN	04/04/2025	31/12/2026	101,199,106.20

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO D ELA MODIFICACION

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN DOCUMENTO DE ADICION No 02 SE AUENTA EL VALOR ASDEGURADO D ELA PRESENTE POLIZA.

LOS DEMAS TERINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

BENEFICIARIOS
NIT 800006850 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS

OBJETO DE LA GARANTIA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****31,250,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****152,192	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****28,916	TOTAL A PAGAR: \$ *****181,108
--	---------------------------------	------------------------------------	------------------------	-----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPANIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
STORE BROKER LTDA	7378	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS 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 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>

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 PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000007000360651431

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDE207E060EFF7A5C

CLIENTE



PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000045138 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	AYGPHARMA S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.080.835-1
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.006.850-3
BENEFICIARIO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.006.850-3

TEXTO ITEM 1

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 SUMINISTROS NO 036-2025 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON: SUMINISTRAR A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA Y CENTRO DE SALUD SIBATE, SETS DE EQUIPOS DESCARTABLES TRANSPARENTES Y FOTSENSIBLES PARA BOMBA DE INFUSION Y BOMBA DE PERFUSION PARA BRINDAR EN CALIDAD DE COMODATO LAS BOMBAS DE INFUSION DE SUSTANCIAS A LOS PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN, DE CUERDO A SU PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO.