

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
6003921449

PÓLIZA No: 600-47-994000077639 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

DIA MES AÑO
15 10 2025
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
15 10 2025
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: CONSORCIO BOY INFRASALUD

IDENTIFICACIÓN: NIT 901.994.950-5

DIRECCIÓN: CR 5 29 32 LC 278

CIUDAD: IBAGUÉ, TOLIMA

TELÉFONO: 3214631506

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.701.010-1

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.701.010-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO 10/10/2025 15/05/2026 15,459,051.41
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND 10/10/2025 15/01/2029 7,729,525.70
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA VER NOTA ACLARATORIA 30,918,102.82
UNIÓN TEMPORAL Y CONSORCIOSNIT 901586959 - INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES ORTIZ SAS - PART: 3.00CC
1106397974 - BELTRAN GUZMAN, DANIEL REYNALDO - PART: 890701010 - E.S.E.
HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLOPOLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA:OBJETO DE LA
GARANTIAEL 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 123-2025 FECHA 10/10/2025CELEBRADO ENTRE LAS
PARTES, RELACIONADO CON ADECUACIONES MENORES DE INFRAESTRUCTURA DEL PUESTO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO DE PUERTO
BOY DEL HOSPITAL SANTA BARBARA DEL MUNICIPIO DE VENADILLO, DEPARTAMENTO DEL TOLIMA. NOTA ACLARATORIA EL AMPARO
DE ESTABILIDAD OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE POLIZA, TIENE VIGENCIA DE CINCO (5) AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA
FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE RECIBO Y ENTREGA FINAL DE LA OBRA A ENTERA SATISFACCION POR PARTE DE LA
ENTIDAD CONTRATANTE, LO CUAL DEBERA SER REPORTADO OPORTUNAMENTE Y POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA.SE ACLARA
LOS BENEFICIARIOS Y ASEGURADOS DE LA POLIZA SON: ESE HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO NIT 890.701.010 - 1 Y
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL NIT 900.474.727-4

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****54,106,679.93 VALOR PRIMA: \$ *****340,434 GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00 IVA: \$ *****67,532 TOTAL A PAGAR: \$ *****422,966

NOMBRE INTERMEDIARIO CLAVE %PART NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO %PART VALOR ASEGURADO
CLARA MARTINEZ AGENCIA DE SEGUROS LT 10834 100.00

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.coww_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)00000000007000600392144

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
C8D8207B060DFD7A5B

CLIENTE