

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202754382

PÓLIZA No: 320-47-994000035487 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

COD AGENCIA: **320** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA: **28** MES: **01** AÑO: **2026**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA: **28** MES: **01** AÑO: **2026**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **CARMEN CECILIA SIADES REYES**

IDENTIFICACIÓN CC: **1045.713.426**

DIRECCIÓN: **CR 1 5C CL 45 A 16**

CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO**

TELÉFONO: **2349153**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 02**

IDENTIFICACIÓN NIT: **901.541.212-4**

BENEFICIARIO: **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 02**

IDENTIFICACIÓN NIT: **901.541.212-4**

AMPAROS

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

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO CALIDAD DEL SERVICIO	15/01/2026	30/06/2027	2,631,200.00
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS..	15/01/2026	30/06/2027	2,631,200.00

BENEFICIARIOS
NIT 901541212 - ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 02

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 DEL CONTRATO NO. 074-ESMBAS02-2026, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON EN CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO EL CONTRATISTA DE MANERA INDEPENDIENTE, LIBRE Y ESPONTANEA SIN QUE EXISTA SUBORDINACIÓN NI DEPENDENCIA QUE GENERE ALGÚN VÍNCULO JURÍDICO LABORAL, UTILIZANDO SUS PROPIOS MEDIOS Y CONOCIMIENTOS, SE COMPROMETE CON EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 02, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CON DESTINO AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS02 BARRANQUILLA ATLANTICO VIGENCIA 2026.

SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNARIA CONVENIDA Y SE RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
NOMBRE INTERMEDIARIO SEGUROS AMENOFIS LTDA	CLAVE 10313	%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 FIDELIGOS 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), MENSAJERIA 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: GESTIONCOMERCIAL@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/web/digitalizacion/financiero>

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 IMPLICAN 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 POLIZA 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 POLIZA DE SEGURO EN NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co> EN EL MENÚ "SERVICIOS" OPCIÓN: CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000320275438

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDA207A0809FC7859

CLIENTE

