Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL CORRELATIVA A CUMPLIMIENTO - PATRICLSUSP07V2

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**3102504325**

## PÓLIZA No:310 - 74 - 994000007568 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **AVENIDA SUBA** COD. AGENCIA: 310 RAMO: 74

| | DÍA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | 13 | 2 | 2026 | |
| VIGENCIA DE LA POLIZA DESDE | 13 | 2 | 2026 | 23:59 |
| VIGENCIA HASTA | 18 | 8 | 2027 | 23:59 |
| DIAS | 551 | | | |
| FECHA DE IMPRESIÓN | 13 | 2 | 2026 | |

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

| VIGENCIA DEL ANEXO | DÍA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|
| DESDE | 13 | 2 | 2026 | 23:59 |
| HASTA | 18 | 8 | 2027 | 23:59 |
| DIAS | 551 | | | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS CMT SOLUCIONES MEDICAS SAS** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.963.716-1**

DIRECCIÓN: AV. CARRERA 45 #137 - 48 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.,DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3173724784

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN: CALLE 13 10 48 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.,DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6013112303

BENEFICIARIO: **S TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **300.175.13**

### AMPAROS

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA NIT:800006850
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CIUDAD: SOACHA DIRECCION: DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: COMERCIALMANZANA:
AV. CARRERA 45 #137 - 48

ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| Descripción Amparos Contrato | Vigencia Desde | Vigencia Hasta | Suma Asegurada |
|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL | 13/02/2026 | 18/08/2027 | 37,175,412 |

DEDUCIBLES:10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo:1.00 SMMLV DEL VALOR DE LA PERDIDA

BENEFICIARIOS
SI 3001751 - TERCEROS AFECTADOS, S
MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.011 -2026 REFERENTE A PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGÍA, VÍA BILIAR, ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y COLONOSCOPIA, QUE SE REQUIEREN EN LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN EN LA ATENCIÓN Y APOYO

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $*** 37,175,412.00 | $*** 140,298.99 | $*** 0.00 | $*** 26,656.81 | $*** 166,956.00 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GERMAN RICARDO CLAVIJO BENITO | 8136 | 100.00 |

| NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHOAASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.**

FIRMA ASEGURADOR

(415)770186100019(8020)000000000070003102504325

FIRMA TOMADOR

**DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá**

CLIENTE

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 791 9180
**Fax:** (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoria@solidaria.com.co
**Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
Scanned with CamScanner

# PÓLIZA DE GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA COD. AGENCIA: 310 RAMO: 74 No PÓLIZA: **994000007568** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS CMT SOLUCIONES MEDICAS SAS** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.963.716-1**

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

BENEFICIARIO: **S TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **300.175.13**

**TEXTO ITEM 1**

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD A LOS USUARIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA Y SUS SEDES DEPENDIENTES.

CLIENTE

Scanned with CamScanner