

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3607266438**

**PÓLIZA No: 360-47-99400064051 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>SANTA PAULA</b>	COD. AGENCIA: 360	RAMO: 47												
TIPO DE MOVIMIENTO: <b>EXPEDICION</b>	TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b>													
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>02</td> <td>2026</td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO	27	02	2026	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>02</td> <td>2026</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	27	02	2026
DIA	MES	AÑO												
27	02	2026												
DIA	MES	AÑO												
27	02	2026												
FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE IMPRESIÓN												

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: <b>STRATEGY S.A.S</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>830.053.792-3</b>
DIRECCIÓN: <b>CLL 25B NO 40-73</b>	CIUDAD: <b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>
	TELÉFONO: <b>6012686277</b>

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>900.959.048-4</b>
BENEFICIARIO: <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>900.959.048-4</b>

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: <b>CONTRATO DE COMPRAVENTA</b>			
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO CALIDAD DEL BIEN	27/02/2026	01/08/2026	376,040.00
BENEFICIARIOS	27/02/2026	01/08/2026	376,040.00
NIT 900959048 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.			

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE COMPRAVENTA:**

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. 3287-2026, OBJETO: ADQUISICIÓN DE MATERIAL PEDAGÓGICO E INFORMATIVO PARA LA ORIENTACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LA CIUDADANÍA SOBRE EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD, EL SERVICIO A LA CIUDADANÍA Y EL MODELO DE SALUD MAS BIENESTAR, EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO 8400200 DE 2025 SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL EN SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.  
NOTA: SE ACLARA QUE EL AMPARO CALIDAD DEL BIEN, CORRESPONDE A LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****752,080.00	VALOR PRIMA: \$ *****41,519	GASTOS EXPEDICION: \$ ****11,000.00	IVA: \$ *****9,979	TOTAL A PAGAR: \$ *****62,498
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
L Y P SEGUROS LTDA	9439	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.co/wa\\_digitalclient/#login](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](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)00000000007000360726643

  
**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CDDE207F0D09FA7A5C

CLIENTE



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

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA