

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4961110998

PÓLIZA No: 496-47-994000024277 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO**

COD. AGENCIA: **496** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
15 04 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
15 04 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **INTEGRALTRANS GROUP S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.020.834-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 38 N° 63B - 47 MEDELLIN - ANTIOQUIA**

CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA**

TELÉFONO: **6042504633**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.981.536-3**

BENEFICIARIO: **HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.981.536-3**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO

15/04/2026

31/12/2026

5,247,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 890981536 - **HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO**

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 DE CONTRATO NÚMERO: 163-2026, RELACIONADO CON EL ARRENDADOR ENTREGA EN CALIDAD DE ARRENDAMIENTO A EL ARRENDATARIO UN (1) VEHICULO TIPO VAN, CLASE MICROBUS, MARCA MERCEDES BENZ, VEINTE DÍAS AL MES (INCLUYE CONDUCTOR), PARA TRANSPORTAR A SUS EMPLEADOS, CONTRATISTAS, PERSONAL AUTORIZADO Y BIENES MUEBLES, DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. TODO PREVIA PROGRAMACIÓN DE LA ESE Y SEGUN PROPUESTA PRESENTADA QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***5,247,000.00**

VALOR PRIMA:
\$ ***30,000**

GASTOS EXPEDICION:
\$**11,000.00**

IVA:
\$ ***7,790**

TOTAL A PAGAR:
\$ ***48,790**

NOMBRE INTERMEDIARIO
SEGUROS COLOMBIA SOCIEDAD LTDA -

CLAVE
10433

%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 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 ELECTRONICO: 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)0000000007000496111099

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD126790E0EFC7756

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4961111012

PÓLIZA No: 496 -74 - 994000010225 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO**

COD. AGE: **496**

RAMO: **74**

PAP:

DIA MES AÑO
15 04 2026

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
15 04 2026 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
15 04 2026

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
15 04 2026 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **INTEGRALTRANS GROUP S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.020.834-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 38 N° 63B - 47 MEDELLIN - ANTIOQUIA**

CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA**

TELÉFONO: **6042504633**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.981.536-3**

DIRECCIÓN: **CRA 42N 13 - 466 YOLOMBO - ANTIOQUIA**

CIUDAD: **YOLOMBÓ, ANTIOQUIA**

TELÉFONO: **6048654210**

BENEFICIARIO: **S TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: SI **3.001.751**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: **HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO**

NIT : **890981536**

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**

CIUDAD: **YOLOMBÓ**

DIRECCION: **DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO**

ACTIVIDAD: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

TIPO EDIFICIO: **NO APLICA PARA ESTE RAMO** TIPO DE RIESGO: **COMERCIAL**

MANZANA:

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

CONTRATO
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

\$ 350,181,000.00
350,181,000.00

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

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 163-2026, REFERENTE A EL ARRENDADOR ENTREGA EN CALIDAD DE ARRENDAMIENTO A EL ARRENDATARIO UN (1) VEHICULO TIPO VAN, CLASE MICROBUS, MARCA MERCEDES BENZ, VEINTE DÍAS AL MES (INCLUYE CONDUCTOR), PARA TRANSPORTAR A SUS EMPLEADOS, CONTRATISTAS, PERSONAL AUTORIZADO Y BIENES MUEBLES, DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. TODO PREVIA PROGRAMACIÓN DE LA ESE Y SEGUN PROPUESTA PRESENTADA QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***350,181,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****748,332

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****142,183

TOTAL A PAGAR:
\$ *****890,515

INTERMEDIARIO

NOMBRE
SEGUROS COLOMBIA SOCIEDAD LTDA -

CLAVE
10433

%PART
100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA

%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 DERECHO A ASEGURADORA 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.

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)00000000007000496111101

FIRMA TOMADOR

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

CAD126790E0EFD7E5E

CLIENTE



JJOSORIO 0

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA:	994000010225	ANEXO:	0	TIPO DE MOVIMIENTO:	0	PAGINA:	2
TOMADOR:	INTEGRALTRANS GROUP S.A.S.	IDENTIFICACION:	901.020.834-1				

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOM	890981536-3	DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO	YOLOMBÓ	350,181,000.00	748,332	890,515
					PRIMA TOTAL SIN IVA		PRIMA TOTAL CON IVA
					748,332		890,515