

ACTA DE APROBACIÓN DE POLIZA

El jefe de Oficina Asesora Jurídica de ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y la Resolución 116 de mayo de 2025 por la cual se modifica el manual de contratación de la entidad, procede al estudio y correspondiente aprobación de las garantías que se relacionan a continuación:

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No: 320 47 994000037343 PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No 320 74 994000016214		EXPEDIDA POR: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT 860.524.654-6	
CONTRATO No: CST-084-2026		PLAZO DE EJECUCIÓN: HASTA EL 21 DE ABRIL DE 2026	
CONTRATISTA: HM SUMINISTROS S.A.S NIT: 901447786-8		VALOR: DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCO PESOS M/L (\$18.868.105)	
OBJETO: COMPRA DE AIRES ACONDICIONADOS PARA LAS INSTALACIONES DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL.			
FECHA DE INICIO: 08 DE ABRIL DE 2026		TIPO DE POLIZA: -CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES. -RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	
RIESGOS	CONDICIONES	VALOR	VIGENCIA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	Por el veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más.	\$ 3,773,621.00	DESDE: 08/04/2026 HASTA: 31/10/2026
CALIDAD DEL SERVICIO	Por el veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y seis (06) meses más.	\$ 3,773,621.00	DESDE: 08/04/2026 HASTA: 31/10/2026
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL - PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	Igual al plazo de ejecución del contrato y por Doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	\$ 350,181,000.00	DESDE: 08/04/2026 HASTA: 21/04/2026

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No:
320 47 994000037343

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No:
320 74 994000016214

DATOS	SI	NO	DATOS	SI	NO
DATOS DEL BENEFICIARIO	X		VIGENCIAS CORRECTAS	X	
VALORES CORRECTOS	X		AMPAROS CORRECTOS	X	
FIRMA DEL TOMADOR	X		DATOS DEL CONTRATO	X	

APROBACIÓN SI __ X __ NO ____

Se suscribe en la ciudad de Ciénaga, el día 08 del mes de abril de 2026


LUIS CARLOS DÍAZ ACOSTA
JEFE DE OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO


PROYECTÓ:
ANA MARGARITA CORREA MORAN
ASESORA JURIDICA

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
3202813980

PÓLIZA No: 320 -74 - 994000016214 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA				COD. AGE: 320				RAMO: 74				PAP:			
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA				DIA	MES	AÑO	HORAS					
08	04	2026					08	04	2026	23:59					
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				
											DÍAS				
											FECHA DE IMPRESIÓN				
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS				DIA	MES	AÑO	HORAS				DIA	
								08	04	2026	23:59				21	04	2026	23:59				13	
								VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR																			
NOMBRE: HM SUMINISTROS S.A.S.												IDENTIFICACIÓN: NIT 901.447.786-8							
DIRECCIÓN: CL 39 A 15 44												CIUDAD:				TELÉFONO: 8663674			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																			
ASEGURADO: HM SUMINISTROS S.A.S.												IDENTIFICACIÓN: NIT 901.447.786-8							
DIRECCIÓN: CL 39 A 15 44												CIUDAD:				TELÉFONO: 8663674			
BENEFICIARIO: HM SUMINISTROS S.A.S.												IDENTIFICACIÓN: NIT 901.447.786-8							

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS																											
ASEGURADO: HM SUMINISTROS S.A.S.												NIT : 901447786															
ITEM: 1												DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO				CIUDAD: BARRANQUILLA											
DIRECCION: CALLE 0 No. - LUGAR DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO																											
ACTIVIDAD: CONTRATO DE COMPRAVENTA																											
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO												TIPO DE RIESGO: ESTATAL				MANZANA: -1-1											
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																											
NIT 901447786 - HM SUMINISTROS S.A.S.																											
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES ATRIBUIBLES AL ASEGURADO, POR LESIONES, MUERTE A PERSONAS Y/O DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS, DERIVADOS DEL CONTRATO DE COMPRA N -CST-084 DE 2026, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON LA COMPRA DE AIRES ACONDICIONADOS PARA DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENEGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.																											

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ***350,181,000.00	\$ *****50,000	\$ ***15,000.00	\$ *****12,350	\$ *****77,350

INTERMEDIARIO				COASEGURO CEDIDO			
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO		
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	100.00					

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)00000000007000320281398		FIRMA TOMADOR	

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá		CLIENTE				YESVACA 0	
CDDA207A070EFF7757							

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202813972

PÓLIZA No: 320 - 47 - 994000037343 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **08** MES **04** AÑO **2026**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **08** MES **04** AÑO **2026**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **HM SUMINISTROS S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.447.786-8**

DIRECCIÓN: **CL 39 A 15 44**

CIUDAD:

TELÉFONO: **8663674**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.130.625-2**

BENEFICIARIO: **HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.130.625-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE COMPRAVENTA**

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	08/04/2026	31/10/2026	3,773,621.00
CALIDAD DEL SERVICIO	08/04/2026	31/10/2026	3,773,621.00

BENEFICIARIOS
NIT 800130625 - HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE COMPRAVENTA:

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 DE COMPRA N -CST-084 DE 2026, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON LA COMPRA DE AIRES ACONDICIONADOS PARA DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****7,547,242.00	VALOR PRIMA: \$ *****25,000	GASTOS EXPEDICION: \$****15,000.00	IVA: \$ *****7,600	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,600
---	---------------------------------------	--	------------------------------	---

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	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)00000000007000320281397

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDA207A070EFF7758

CLIENTE