

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5209300507**

**PÓLIZA No: 520-47-994000056280 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>LAURELES</b>	COD. AGENCIA: 520	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>04</td> <td>2026</td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO	27	04	2026	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>04</td> <td>2026</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	27	04	2026
DIA	MES	AÑO												
27	04	2026												
DIA	MES	AÑO												
27	04	2026												
FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE IMPRESIÓN												

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: <b>TODO GAS S.A.</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>811.039.358-2</b>
DIRECCIÓN: <b>CARRERA 88 A 34 B 70</b>	CUIDAD: <b>MEDELLÍN, ANTIOQUIA</b>
	TELÉFONO: <b>3229551</b>

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>890.982.264-1</b>
BENEFICIARIO: <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>	IDENTIFICACIÓN: NIT <b>890.982.264-1</b>

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: <b>CONTRATO DE SUMINISTROS</b>	DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	<b>CONTRATO</b>			
	<b>CUMPLIMIENTO</b>	20/04/2026	30/04/2027	26,484,326.80
	<b>PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND CALIDAD DEL SERVICIO</b>	20/04/2026	31/10/2029	6,621,081.70
	<b>BENEFICIARIOS</b>	20/04/2026	30/04/2027	26,484,326.80
	<b>NIT 890982264 - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>			

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:**

**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 SUMINISTRO DE INSUMOS, EQUIPOS, MATERIALES REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN, CUMPLIMIENTO, VALIDACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM) APLICADAS A LA PRODUCCIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE AIRE MEDICINAL EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA. (INCLUYE ASESORÍA).

**CONTRATO OS141-2026**

-- ACLARACIONES --

SE DEJA EXPRESA CONTANCIA QUE EL ASEGURADO / BENEFICIARIO DE LA POLIZA EN ASUNTO ES:

- E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA CON NIT. 890982264-1

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****59,589,735.30	VALOR PRIMA: \$ *****112,050	GASTOS EXPEDICION: \$****11,000.00	IVA: \$ *****23,380	TOTAL A PAGAR: \$ *****146,430
--	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
JUAN FERNANDO MARIN RESTREPO	7054	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)0000000007000520930050

  
**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CBDA20710C0FFC7B5F

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros