

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202794560

PÓLIZA No: 320 - 47 - 994000036976 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
16 04 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
16 04 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **FABIOLA ELENA DE LA DONADO OSORIO**

IDENTIFICACIÓN: CC **32.815.825**

DIRECCIÓN: **KR 53 N 82 157 ED LONDRES PI 6 APTO 602**

CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO**

TELÉFONO: **5753603512**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.102.257-3**

BENEFICIARIO: **UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.102.257-3**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO	05/03/2026	31/10/2026	500,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	05/03/2026	30/06/2029	250,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	05/03/2026	31/10/2026	500,000.00

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

BENEFICIARIOS

NIT 890102257 - UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO EL CUAL FORMA PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA ARRIBA INDICADA HACEMOS CONSTAR, PRORROGA EN LAS VIGENCIAS DE LA MISMA DE ACUERDO CON OTROSI No. 1 DE FECHA 30 DE MARZO AL CONTRATO No. C-US-015-2026.

DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

OBJETO ANEXO (1)

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO EL CUAL FORMA PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA ARRIBA INDICADA HACEMOS CONSTAR, ACTUALIZACION EN LAS VIGENCIAS DE LA MISMA DE ACUERDO CON: ACTA DE INICIO DE FECHA 05 DE MARZO DE 2026.

DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

OBJETO ANEXO (0)

OBJETO DE LA GARANTIA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****1,250,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****60,000	GASTOS EXPEDICION: \$*****5,000.00	IVA: \$ *****12,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****77,350
---	---------------------------------------	--	-------------------------------	---

NOMBRE INTERMEDIARIO OSORIO JARAMILLO ASESORES DE SEGUROS	CLAVE 8391	%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 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 QUIÉN 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 MERCADO, 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)0000000007000320279456

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDA207A070EF57E5A

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA** COD. AGENCIA: **320** RAMO: **47** No PÓLIZA: **994000036976** ANEXO: **2**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	FABIOLA ELENA DE LA DONADO OSORIO	IDENTIFICACIÓN:	CC	32.815.825
ASEGURADO:	UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	890.102.257-3
BENEFICIARIO:	UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	890.102.257-3

TEXTO ITEM 1

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 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. C-US-015-2026, DE FECHA 27 DE FEBRERO DE 2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PATOLOGIA A USUARIOS AFILIADOS A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO.

CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA
POR DISPOSICIÓN DEL ARTIULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRará POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

CLIENTE



Comprobante en línea
Pago PSE

18 Abr 2026 10:38:42



Pago exitoso
CUS 235279391

Comercio
Aseguradora Solidaria de Colombia

Referencia 1
192.230.104.18

Fecha
18 Abr 2026 10:38:42

Referencia 2
3202794560

Número de factura
32027945601

Referencia 3
CC - 32815825

Descripción del pago
POLIZAS

Valor del Pago
\$77.350

Número de comprobante
TR1037309391

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Corriente - Bancolombia
****** 4715**