

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
4303826301**

PÓLIZA No: 430 - 47 - 994000075662 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI SUR**

COD. AGENCIA: **430** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
12 06 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
12 06 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ASEOS DE OCCIDENTE S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.747.390-2**

DIRECCIÓN: **CR 71A 10A 95**

CIUDAD: **CALI, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **3188621909**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

BENEFICIARIO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.**

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	31/03/2026	30/06/2027	104,693,289.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	31/03/2026	31/12/2029	41,877,315.84
CALIDAD DEL SERVICIO	31/03/2026	30/06/2027	104,693,289.60

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

BENEFICIARIOS

NIT 805027337 - RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

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 DEL CONTRATO NO. 100.23.19.20260042 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE LAS ZONAS VERDES DEL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO Y DE LAS 26 IPS ADSCRITA A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

NOTA ACLARATORIA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y SEGÚN ACTA MODIFICATORIA, AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 100.23.19.20260042, DE FECHA 31 DE MAYO DE 2026, SE AJUSTA EL VALOR TOTAL DEL CONTRATO A \$523.466.448

SE ACTUALIZAN LOS VALORES ASEGURADOS DE LAS GARANTIAS DE CUMPLIMIENTO QUEDANDO TAL COMO SE DESCRIBEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****71,308,813.44	VALOR PRIMA: \$ *****237,761	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****45,175	TOTAL A PAGAR: \$ *****282,936
---	--	--	-------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
JAL SEGUROS LTDA	7260	100.00			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGOS 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 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)00000000007000430382630

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADB207B060EF9765A

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR COD. AGENCIA: 430 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000075662 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	ASEOS DE OCCIDENTE S.A.S.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	901.747.390-2
ASEGURADO:	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	805.027.337-4
BENEFICIARIO:	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	805.027.337-4

TEXTO ITEM 1

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA, CONTINUAN SIN MODIFICACION

CLIENTE