

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6250179857

PÓLIZA No: 625-47-99400005795 ANEXO: 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|----------|--------------------|-----|------|-----|-----|----|----|------|----|----|------|---------------------|--|--|--------------------|--|--|--|
| AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS YOPAL | COD. AGENCIA: 625 | RAMO: 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>06</td> <td>2026</td> <td>19</td> <td>06</td> <td>2026</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FECHA DE EXPEDICIÓN</td> <td colspan="3">FECHA DE IMPRESIÓN</td> </tr> </table> | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | 19 | 06 | 2026 | 19 | 06 | 2026 | FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | | |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 06 | 2026 | 19 | 06 | 2026 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATOS DEL AFIANZADO

| | | |
|---|-------------------------|----------------------|
| NOMBRE: GRUPO EMRESARIAL ARION SAS | IDENTIFICACIÓN: NIT | 901.466.774-0 |
| DIRECCIÓN: CALLE 17 15 35 | CIUDAD: YOPAL, CASANARE | TELÉFONO: 3228300453 |

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

| | | |
|---|---------------------|----------------------|
| ASEGURADO: RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | IDENTIFICACIÓN: NIT | 844.004.197-2 |
| BENEFICIARIO: RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | IDENTIFICACIÓN: NIT | 844.004.197-2 |

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

| DESCRIPCION AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO | | | |
| CUMPLIMIENTO | 05/05/2026 | 05/05/2027 | 220,479,897.80 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 05/05/2026 | 05/01/2030 | 220,479,897.80 |
| CORRECTO FUNCIONAMIENTO | 05/05/2026 | 05/01/2028 | 220,479,897.80 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 05/05/2026 | 05/07/2027 | 165,359,923.35 |

OBJETO DE LA MODIFICACION: MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE INCREMENTAN LOS VALORES ASEGURADOS SEGUN OTRO SI MODIFICATORIO N 01 Y ADICIONAL N 01 AL CONTRATO DE PRESTACION SERVICIOS RSC-INV-013-2026 Y No. INTERNO 1189-2026. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

BENEFICIARIOS
NIT 844004197 - RED SALUD CASANARE 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 DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS no. RSC-INV-013-2026 Y No. INTERNO 1189-2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO INTEGRAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PRIMER MANTENIMIENTO PREVENTIVO, ASÍ COMO EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO PERMANENTE PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS E INDUSTRIALES DE LAS DIFERENTES IPS ADSCRITAS A RED SALUD CASANARE E.S.E. Y SU SEDE ADMINISTRATIVA.

| | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****76,799,616.75 | VALOR PRIMA: \$ *****266,177 | GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00 | IVA: \$ *****50,574 | TOTAL A PAGAR: \$ *****316,751 |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|--------------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| ASESORES DE SEGUROS FANNY MEDINA LTD | 7314 | 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

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 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)00000000007000625017985

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
C8DA25780E06FC7E5C

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

| | |
|----------------|-----|
| RECIBO DE CAJA | |
| No. | 183 |



| | |
|-----------------|------|
| FECHA | C.C. |
| 19 - jun - 2026 | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| RECIBIDO DE: | GRUPO EMPRESARIAL ARION SAS | C.C./NIT | 901466774-0 |
| LA SUMA DE: | TRESCIENTOS DIESICES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/cte | \$ | 316.751 |
| <input checked="" type="checkbox"/> EFECTIVO | \$ - | <input type="checkbox"/> PSE/TRANSFE | |
| <input type="checkbox"/> TIPO DE CUENTA | - | CUENTA No. | BANCO \$ - |
| POR CONCEPTO DE: | | | |
| Pago de polizas, de acuerdo con la siguiente relacion: | | | |
| | | | Valor |
| | | | \$ 316.751 |
| PAGO DE PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO ESTATAL N°994-5795 ANX 1 | | | |
| | | |  FIRMA Y SELLO AUTORIZADO |
| EL PRESENTE PAGO SE RECIBE EN NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, PARA SER CONSIGNADO EN LAS CUENTAS AUTORIZADAS. | | | |