

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4803441742

PÓLIZA No: 480-47-994000057929 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: **IBAGUÉ**

COD. AGENCIA: 480 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
26 06 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
26 06 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **CONSORCIO INTER CENTRO DE SALUD TRES ESQUINAS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **902.015.773-2**

DIRECCIÓN: **MZ 97 CA 8 ET 7 BRR JORDAN**

CIUDAD: **IBAGUÉ, TOLIMA**

TELÉFONO: **3115382945**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.702.080-1**

BENEFICIARIO: **HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890.702.080-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE INTERVENTORIA**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE INTERVENTORIA:

23/12/2025 03/12/2026 7,953,889.50

SEGUN ACTA MODIFICATORIA N. 01 DE FECHA 19 DE JUNIO DE 2026 CONTRATO DE INTERVENTORIA No. 001 de 2025, SE PRORROGA 45 DIAS CALENDARIO, FECHA DE TERMINACION 03 DE AGOSTO DE 2026. MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE ACTUALIZA LA VIGENCIA AL AMPARO CONTRATADO EN LA PRESENTE POLIZA.

UNIÓN TEMPORAL Y CONSORCIOS

NIT 901081352 - INTERVENTORIA CONSTRUCCIONES PROYECTOS ICONYP SAS - PART: 60.00%
CC 13992955 - DIAZ MONTIEL, WILLINGTON - PART: 40.00%

BENEFICIARIOS
NIT 890702080 - HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E.

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE INTERVENTORIA:

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 INTERVENTORIA No. 001 de 2025 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON :INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD ARMANDO ORTIZ TRES ESQUINAS DEL HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ DEL MUNICIPIO DE CUNDAY TOLIMA.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****7,953,889.50	VALOR PRIMA: \$ *****8,935	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****1,698	TOTAL A PAGAR: \$ *****10,632
--	-------------------------------	------------------------------------	-----------------------	----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
DIANA ALEJANDRA GORDILLO GOMEZ	9502	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), MENSAJERIA 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>

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)00000000007000480344174

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD0207B0A0EF57D5D

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000057929 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CONSORCIO INTER CENTRO DE SALUD TRES ESQUINAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	902.015.773-2
ASEGURADO:	HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	890.702.080-1
BENEFICIARIO:	HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	890.702.080-1

TEXTO ITEM 1

ASEGURADO:EL HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ ESE DE CUNDAY TOLIMA identificado con NIT 890.702.080-1.
BENEFICIARIO:Ministerio de Salud y Protección Social identificado con NIT N900.474.727-4.