

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
4210289155

PÓLIZA No: 420 -74 - 994000014177 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGE: 420 RAMO: 74 PAP:
DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
03 07 2026 03 07 2026 23:59 30 12 2026 23:59 180 03 07 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION
VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA
03 07 2026 23:59 30 12 2026 23:59 180
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
NOMBRE: HEALTH CARE NETWORK S.A.S IDENTIFICACIÓN: NIT 900.508.464-0
DIRECCIÓN: CALLE 38N NO. 2AN - 03 CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6023706398

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4
DIRECCIÓN: CALLE 72U #28F-00 POBLADO CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6023194015
BENEFICIARIO: TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: SI 3.003.025

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS
ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL NIT : 805027337
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: CALI
DIRECCION: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ACTIVIDAD: CONTRATO DE SUMINISTROS
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 350,181,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350,181,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	350,181,000.00		
	RCE PATRONAL	350,181,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	350,181,000.00		
	GASTOS MEDICOS	350,181,000.00		
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	350,181,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMIV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS
SI 3003025 - TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

ASEGURADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. Y/O HEALTHCARE NETWORK S.A.S

BENEFICIARIOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. Y/O TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATO No. 100.23.21.20260034, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: SUMINISTRO, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ELECTRICOS PARA LA FASE II DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO ADSCRITO A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***350,181,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****345,384	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****67,523	TOTAL A PAGAR: \$ *****422,907
--	---------------------------------	--	------------------------	-----------------------------------

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
LAS TRES EMES AGENCIA DE SEGUROS LTD	4164	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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)00000000007000421028915
FIRMA TOMADOR
MANMARTINEZ 0

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADA21780D07F57F5A CLIENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

ANEXO: 0

TIPO DE MOVIMIENTO: 0

PAGINA: 2

IDENTIFICACION: 900.508.464-0

ITEM	ASEGURADO	C.C. 6 NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMP	805027337-4	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRE	CALI	350,181,000.00	345,384	412,907
					PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA	
					345,384	412,907	



NIT: 860.524.654-6

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS 4210289130

PÓLIZA No: 420-47-994000051258 ANEXO: 0



AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE	COD. AGENCIA: 420	RAMO: 47
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION	
FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE IMPRESIÓN
DIA 03 MES 07 AÑO 2026		DIA 03 MES 07 AÑO 2026

DATOS DEL AFIANZADO	
NOMBRE: HEALTH CARE NETWORK S.A.S	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.508.464-0
DIRECCIÓN: CALLE 38N NO. 2AN - 03	Ciudad: CALI, VALLE DEL CAUCA
TELÉFONO: 6023706398	

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 SUMINISTROS			
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	03/07/2026	30/06/2027	13,119,946.40
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	03/07/2026	31/12/2029	5,247,978.56
CALIDAD DEL BIEN	03/07/2026	30/06/2027	13,119,946.40
BENEFICIARIOS			
NIT 805027337 - RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
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 DEL CONTRATO No. 100.23.21.20260034, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: SUMINISTRO, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ELECTRICOS PARA LA FASE II DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO ADSCRITO A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ****31,487,871.36	\$ *****266,310	\$ ****15,000.00	\$ *****53,449	\$ *****334,759
NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPANIA COASEGURO CEDIDO	%PART
LAS TRES EMES AGENCIA DE SEGUROS LTD	4164	100.00		
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, ASI COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVES 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 ELECTRONICO: 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_digital/client/#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>

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)00000000007000421028913	FIRMA TOMADOR
------------------	---	---------------

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá CAD21780D07F57F5C CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: <https://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero>



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

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 91C/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros



DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:

994000051258

Número de anexo:

0

Agencia:

CALI NORTE

Ramo:

CUMP. ENT. ESTATALES

Asegurado / Beneficiario:

RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Tomador / Garantizado:

HEALTH CARE NETWORK S.A.S

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CUMPLIMIENTO	viernes, 3 de julio de 2026	miércoles, 30 de junio de 2027	\$13,119,946.40
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	viernes, 3 de julio de 2026	lunes, 31 de diciembre de 2029	\$5,247,978.56
CALIDAD DEL BIEN	viernes, 3 de julio de 2026	miércoles, 30 de junio de 2027	\$13,119,946.40

Nueva Consulta

Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuración : 1024 x 768
Dirección: Calle 100 No. 9A - 45. Pisos 8 y 12, PBX : 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Reservados