Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

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

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

Compañía de Seguros

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6004090509

PÓLIZA No: 600 - 47 - 994000080530 **ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA COD. AGENCIA: 600 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	17	07	2026
FECHA DE IMPRESIÓN	17	07	2026

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: CIRCULO DE TRABAJADORES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION DE VELEZ Y RICAU IDENTIFICACIÓN: NIT 820.001.498-3

DIRECCIÓN: CR 5 18 09 OF 203 204 ED ABRAHAM PINZON CIUDAD: MONIQUIRÁ, BOYACÁ TELÉFONO: 3107998045

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E. IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

BENEFICIARIO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E. IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	16/07/2026	30/04/2027	600,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	16/07/2026	31/12/2027	1,200,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 891800395 - HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

OBJETO DE LA GARANTIA

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 2026-375 CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE SERVICIOS, ACTIVIDADES INSTITUCIONALES ESPECIALMENTE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD QUE OFRECE EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****1,800,000.00	$ **********27,040	$****15,000.00	$ ********7,988	$ **********50,028

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
SEGUROS B&B LTDA	7664	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 FIDEDIGNOS 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 2.012, 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)000000000007000600409050

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

C8D8207C0F06FC7B5F

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 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOSPITAL REGIONAL de MONIQUIRÁ E.S.E
Crecemos para cuidar tu Salud!

ACTA DE APROBACIÓN DE PÓLIZAS

De conformidad con lo establecido en el Acuerdo No 008 de 2025 proferido por la Junta Directiva Del Hospital Regional de Moniquirá ESE., se procede a la **APROBACIÓN DE LAS PÓLIZAS** relacionadas en el Contrato de Prestación de Servicios No 2026-375 suscrito el día 16 DE JULIO DE 2026, cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE SERVICIOS, ACTIVIDADES INSTITUCIONALES ESPECIALMENTE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD QUE OFRECE EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ.** celebrado con **CIRCULO DE TRABAJADORES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE VELEZ Y RICAUERTE** identificado con Nit 820001498-3 representa legalmente por **GUSTAVO PARDO** identificado con cedula de ciudadanía **5.576.883**, el valor total del contrato es de **SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000.00)** encontrándose dentro de los términos Así:

ASEGURADORA	No. POLIZA	GARANTÍA	%	MONTO ASEGURADO	VIGENCIA	
					DESDE	HASTA
ASEGURADORA SOLIDARIA	600-47-994000080530 Anexo 0	Cumplimiento	10	$ 600.000.00	16/07/2026	30/04/2027
ASEGURADORA SOLIDARIA	600-47-994000080530 Anexo 0	Calidad	20	$1.200.000.00	16/07/2026	31/12/2027

Por lo anterior se aprueba la garantía relacionada, la cual cumplen con lo de Ley,

ARMANDO TIBADUIZA VARGAS
Subgerente Administrativo

Proyecto: Diana Alexandra Sanchez Guerra
Aprobó: Armando Tibaduiza

Calle 4 A Nº 9 - 101 Barrio Riccurte Celular: 3102089294

Aseguradora Solidaria de Colombia

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
6004090509

PÓLIZA No: 600 - 47 - 994000080530 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA COD. AGENCIA: 600 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	17	07	2026
FECHA DE IMPRESIÓN	17	07	2026

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: CIRCULO DE TRABAJADORES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION DE VELEZ Y RICAU IDENTIFICACIÓN: NIT 820.001.498-3

DIRECCIÓN: CR 5 18 09 OF 203 204 ED ABRAHAM PINZON CIUDAD: MONIQUIRÁ, BOYACÁ TELÉFONO: 3107998045

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E. IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

BENEFICIARIO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E. IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	16/07/2026	30/04/2027	600,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	16/07/2026	31/12/2027	1,200,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 891800395 - HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

OBJETO DE LA GARANTIA

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 2026-375 CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE SERVICIOS, ACTIVIDADES INSTITUCIONALES ESPECIALMENTE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD QUE OFRECE EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****1,800,000.00	$ **********27,040	$****15,000.00	$ ********7,988	$ **********50,028

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
SEGUROS B&B LTDA	7664	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 FIDEDIGNOS 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

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)000000000007000600409050

FIRMA TOMADOR

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

C8D8207C0F06FC7B5F

CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

HOSPITAL REGIONAL de MONIQUIRÁ E.S.E
Crecemos para cuidar tu Salud!

ACTA DE APROBACIÓN DE PÓLIZAS

De conformidad con lo establecido en el Acuerdo No 008 de 2025 proferido por la Junta Directiva Del Hospital Regional de Moniquirá ESE., se procede a la APROBACIÓN DE LAS PÓLIZAS relacionadas en el Contrato de Prestación de Servicios No 2026-375 suscrito el día 16 DE JULIO DE 2026, cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE SERVICIOS, ACTIVIDADES INSTITUCIONALES ESPECIALMENTE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD QUE OFRECE EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ. celebrado con CIRCULO DE TRABAJADORES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE VELEZ Y RICAUERTE identificado con Nit 820001498-3 representa legalmente por GUSTAVO PARDO, identificado con cedula de ciudadanía 5.576.883, el valor total del contrato es de SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000.00) encontrándose dentro de los términos Así:

ASEGURADORA	No. POLIZA	GARANTÍA	%	MONTO ASEGURADO	VIGENCIA	
					DESDE	HASTA
ASEGURADORA SOLIDARIA	600-47-994000080530 Anexo 0	Cumplimiento	10	$ 600.000.00	16/07/2026	30/04/2027
ASEGURADORA SOLIDARIA	600-47-994000080530 Anexo 0	Calidad	20	$ 1.200.000.00	16/07/2026	31/12/2027

Por lo anterior se aprueba la garantía relacionada, la cual cumplen con lo de Ley,

ARMANDO TIBADUIZA VARGAS
Subgerente Administrativo

Proyecto: Diana Alexandra Sanchez Guerra
Aprobó: Armando Tibaduiza