

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



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5402181100

PÓLIZA No: 540-47-994000039878 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA	COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION
DIA 30 MES 07 AÑO 2026	DIA 30 MES 07 AÑO 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO	
NOMBRE: FARMA HOS SAS	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.648.632-1
DIRECCIÓN: CL 3 BLV CIUD MAR 51 B 98 T 5 AP 802	CIUDAD: PUERTO COLOMBIA, ATLÁNTICO TELÉFONO:

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.208.532-6
BENEFICIARIO: CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.208.532-6

AMPAROS			
GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE COMRAVENTA			
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	29/07/2026	02/02/2027	459,120.00
CALIDAD DEL BIEN	29/07/2026	02/02/2027	459,120.00

BENEFICIARIOS
NIT 900208532 - CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE COMRAVENTA:
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 DECONTRATO DE COMRAVENTA N -CD-CV-267-2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CONADQUISICIÓN DE CHALECOS INSTITUCIONALES E INSUMOS DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DEL ÁMBITO LABORAL (ECIS-L), EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. 12076-2462-2025 SUSCRITO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO - FOMAG Y EL CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E;

CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA
POR DISPOSICIÓN DEL ARTIULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****918,240.00	VALOR PRIMA: \$ *****25,000	GASTOS EXPEDICION: \$****15,000.00	IVA: \$ *****7,600	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,600
NOMBRE INTERMEDIARIO JUCARPO SEGUROS LTDA JUCARPO SEGUROS	CLAVE 11334	%PART 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 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), MENSAJERIA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRONICOS Y LLAMADAS TELEFONICAS 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: GESTIONCOBRANZA@SOLIDARIA.CO.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.CO.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: http://www.solidaria.com.co/web_digitalclient/login

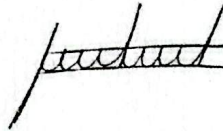
PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/contenidos/intereses/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y SELECCIONE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <http://www.aseguradorasolidaria.com.co> EN EL MENÚ "SERVICIOS": Opción "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CBDC207A0E07FD7F5F

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 jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. 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>

AGENCIA MONTERÍA	TRANSACCIÓN Nro. 540173244	FECHA DE RECAUDO 31/07/2026	TIPO PAGADOR AGENTE
NOMBRE PAGADOR JUCARFO SEGUROS LTDA JUCARFO SEGUROS LTDA			C.C o NIT 902013087
TOMADOR PÓLIZA FARMA HOS SAS			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000039878 - NRO. ELECTRÓNICO 540218110			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIEZ Y SEIS PESOS, CON 27/100 CENTAVOS			VALOR RECIBO \$ 276,216.27
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000039878 - ANEXO 0 AGENCIA MONTERÍA, TOMADOR PÓLIZA: NIT-900648632 FARMA HOS SAS . VALOR PAGADO \$ 47,600.00 RELACIONADO EN LA BOLETA DE RECAUDO CON NRO. ELECTRÓNICO 50092111 MEDIO DE PAGO: PAGO REALIZADO POR LA PASARELA DE PAGOS - TARJETA DE CREDITO.			



FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: JUCARFO SEGUROS LTDA JUCARFO SEGUROS LTDA