

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
3607554247**

PÓLIZA No: 360 - 47 - 994000067344 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SANTA PAULA**

COD. AGENCIA: **360** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
12 08 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
12 08 2026
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **. CARROCERIAS INNOVA S A S**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.453.989-7**

DIRECCIÓN: **CALLE 19 C 33 67**

CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL**

TELÉFONO: **6014824924**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.644-9**

BENEFICIARIO: **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.644-9**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE SUMINISTROS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

**CUMPLIMIENTO
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO
CALIDAD DEL BIEN**

11/08/2026

11/01/2027

73,508,748.00

11/08/2026

11/03/2027

183,771,870.00

11/08/2026

11/09/2027

73,508,748.00

BENEFICIARIOS
NIT 891800644 - **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO, BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO, CALIDAD Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SUMINISTRADO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No 074-2026, RELACIONADO CON: COMPRAVENTA DE UN (1) VEHICULO MOTOR 2.4 DIESEL MODELO 2027, 4X4 TIPO AMBULANCIA BASICA DEBIDAMENTE DOTADO DE ACUERDO CON LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCION 3100 DE 2019, LAS NORMAS NTC1570 Y NTC3729 ULTIMA ACTUALIZACION Y LAS CARACTERISTICAS TECNICAS ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCION No 00001490 DEL 21 DE JULIO DE 2025, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, QUE REQUIERE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI PARA EL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TAB

NOTA EL AMPARO DE CALIDAD Y FUNCIONAMIENTO DEL BIEN SUMINISTRADO POR EL TERMINO DEL CONTRATO MAS UN (1) AÑO CONTADO A PARTIR DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***330,789,366.00	VALOR PRIMA: \$ *****391,147	GASTOS EXPEDICION: \$****11,000.00	IVA: \$ *****76,408	TOTAL A PAGAR: \$ *****478,555
---	--	--	-------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ASGV LIMITADA	2249	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.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.coww_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 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 MERCADO, 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)00000000007000360755424

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDE207F0A0AF87C5B

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA

COD. AGENCIA: 360

RAMO: 47

No PÓLIZA: **994000067344** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **. CARROCERIAS INNOVA S A S**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.453.989-7**

ASEGURADO: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.644-9**

BENEFICIARIO: **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.644-9**

TEXTO ITEM 1

POR DISPOSICIÓN DEL ARTÍCULO 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.

CLIENTE