Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO ANTE ENTIDADES PÚBLICAS CON RÉGIMEN PRIVADO DE CONTRATACIÓN - PATRICLSUSP02V4

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**5402197064**

## PÓLIZA No:540 - 47 - 994000040212 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA | COD. AGENCIA: 540 | RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO |
| 31 | 8 | 2026 | 31 | 8 | 2026 |

### DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: SUMINISTROS YIRE S.A.S. | IDENTIFICACIÓN: NIT 901.848.404-0

DIRECCIÓN: CL 21 NO. 0 AV EL PAJONAL PALACIO MUNICI | CIUDAD: CAUCASIA, ANTIOQUIA | TELÉFONO: 3104492619

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.757-1

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.757-1

### AMPAROS

Giro de Negocio: CONTRATO DE SUMINISTROS

| Descripción Amparos Contrato | Vigencia Desde | Vigencia Hasta | Suma Asegurada |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 26/08/2026 | 30/06/2027 | 27,454,200 |
| CALIDAD DEL SERVICIO (CONTRACTUAL) | 26/08/2026 | 30/06/2027 | 27,454,200 |

BENEFICIARIOS
NIT 890980757 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA

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 DE CONTRATO DE SUMINISTRO N SUM-208-2026 DE FECHA 26/08/2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERIA PARA SUPLIR LAS NECESIDADES DE LA E.S.E HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA DE CAUCASIA-ANTIOQUIA

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $*** 54,908,400.00 | $*** 185,334.66 | $*** 15,000.00 | $*** 38,063.59 | $*** 238,398.00 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| MARIO DE JESUS RAMIREZ FERNANDEZ | 7002 | 100.00 | | | |

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-DE4NTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, le invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701061000019(8020)000000000007000540219706 4

Eva Rodriguez A.
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Ruede * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 9180
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 8229 * Correo electrónico: defensoria@solidaria.com.co
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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/13 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

# PÓLIZA DE GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47 No PÓLIZA: 994000040212 ANEXO: 0

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: SUMINISTROS YIRE S.A.S. IDENTIFICACIÓN: NIT 901.848.404-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.757-1

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.757-1

**TEXTO ITEM 1**

CLIENTE

## ACTA DE APROBACIÓN DE PÓLIZAS

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE:** | ESE HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA. |
| **NIT:** | 890980757-1 |
| **CONTRATISTA:** | SUMINISTROS YIRE SAS |
| **NIT:** | 901848404-0 |
| **No. CONTRATO:** | SUM-208-2026 |
| **OBJETO:** | SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERÍA PARA SUPLIR LAS NECESIDADES DE LA E.S.E HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA DE CAUCASIA-ANTIOQUIA. |
| **DURACIÓN:** | CUATRO (04) MESES MÁS SEIS (06) DÍAS, DESDE EL 26 DE AGOSTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 |
| **VALOR:** | $137.271.000 |
| **COMPAÑÍA ASEGURADORA:** | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA |
| **No. PÓLIZA CUMPLIMIENTO** | 540-47-994000040212 ANEXO: 0 |
| **No. PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL** | |
| **FECHA:** | 31/08/2026 |

El contratista presentó las siguientes pólizas:

| NOMBRE GARANTÍA | | VIGENCIA | | MONTO |
|---|---|---|---|---|
| | | DESDE | HASTA | |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO | | | | |
| CUMPLIMIENTO | X | **26/08/2026** | **30/06/2027** | **$27.454.200** |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | | | | |
| ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA | | | | |
| CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADO | | | | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | X | **26/08/2026** | **30/06/2027** | **$27.454.200** |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL | | | | |
| RESPONSABILIDAD MÉDICA | | | | |

Hago constar que he revisado las anteriores pólizas, y las encuentro conforme a lo exigido en el contrato, por lo tanto, se aprueban.

**NUBIA DEL CARMEN MEDINA VILLAMIL**
SUPERVISOR - SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA | NUMERO DE FOLIOS |
|---|---|---|---|---|
| PROYECTÓ | MAURO E. ROJAS L. | AUXILIAR EN CONTRATACIÓN | | 01 FOLIOS |
| APROBÓ | J. FREDY MESA R. | JEFE JURÍDICO | | |

**Los arriba firmantes hemos declarado que revisamos el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.**