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 4651124069

PÓLIZA No:465 - 47 - 994000017666 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO | COD. AGENCIA: 465 | RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DÍA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	9	9	2026
FECHA DE IMPRESIÓN	9	9	2026

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: GESTIMEDIC I.P.S. S.A.S. | IDENTIFICACIÓN: NIT 900.205.284-0

DIRECCIÓN: CALLE 58 # 4-71 OF 208 | CIUDAD: GIRÓN, SANTANDER | TELÉFONO: 6076915880

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.200.500-9

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO | IDENTIFICACIÓN: NIT 890.200.500-9

AMPAROS

Giro de Negocio: CONTRATO DE COMPRAVENTA

Descripción Amparos	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada
Contrato			
CUMPLIMIENTO	09/09/2026	09/04/2027	6,590,557
CALIDAD BIEN (CONTRACTUAL)	09/09/2026	09/04/2027	6,590,557

BENEFICIARIOS
NIT 890200500 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE COMPRAVENTA

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 DE COMPRAVENTA NO 470 DE FECHA 09 DE SEPTIEMBRE 2026. CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON COMPRAVENTA DE ELEMENTOS INSTITUCIONALES, PUBLICITARIOS, LOGÍSTICOS Y DE APOYO REQUERIDOS POR LA ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES INSTITUCIONALES, INCLUYENDO EL TERCER SIMPOSIO EN SALUD MENTAL: FRONTERAS EN PSIQUIATRÍA, MENTE Y SUEÑO, LA PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL EN EL CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRÍA APAL, Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS PACIENTES, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, CANTIDADES, CARACTERÍSTICAS Y DEMÁS NECESIDADES DEFINIDAS POR LA ESE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA	TOTAL A PAGAR:
$*** 13,181,114.40	$*** 32,920.28	$*** 11,000.00	$*** 8,344.85	$*** 52,265.00

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
JMV SEGUROS LTDA.	11158	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 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

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, lo 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.

(415)7701061000019(8020)000000000007000465112406 9

FIRMA ASEGURADOR

ADRIANA ORTIZ
FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 791 9180
Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - 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: SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO | COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47 | No PÓLIZA: **994000017666** ANEXO: 0

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **GESTIMEDIC I.P.S. S.A.S.** — IDENTIFICACIÓN: NIT **900.205.284-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO** — IDENTIFICACIÓN: NIT **890.200.500-9**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO** — IDENTIFICACIÓN: NIT **890.200.500-9**

TEXTO ITEM 1

CLIENTE