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**
**7750284957**

## PÓLIZA No: 775-47-994000006250 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS PASTO COD. AGENCIA: 775 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | 11 | 11 | 2026 |
| FECHA DE IMPRESIÓN | 11 | 11 | 2026 |

### DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: DEPOSITO ALPHA MEDICO SAS IDENTIFICACIÓN: NIT 901.213.516-1

DIRECCIÓN: CARRERA 37 11 33 PANAMERICANO CIUDAD: PASTO, NARIÑO TELÉFONO: 3116040503

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN: NIT 814.006.654-7

BENEFICIARIO: CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN: NIT 814.006.654-7

### AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS

| DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 10/11/2026 | 13/03/2027 | 2,999,000.00 |
| CALIDAD DEL BIEN | 10/11/2026 | 13/03/2027 | 2,999,000.00 |

BENEFICIARIOS
NIT 814006654 - CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE PÓLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 2026-2865, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON EL CONTRATO SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL ÁREA DE FARMACIA DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES E.S.E. DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION N 0248 DE 2026 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS). CLÁUSULA

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *****5,998,000.00 | $ **********29,914 | $****11,000.00 | $ ********7,774 | $ **********48,688 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| AGENCIA DE SEGUROS SIO LTDA | 7777 | 100.00 |

| NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

DECLARACION 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 ELECTRONICO: 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/es_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 PARAMETROS 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 MANTENDRA 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 POLITICAS. 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 PRODUCTO CON EL NOMBRE COMO FIGURA EN EL TITULO 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 PÓLIZA DECUMPLIMIENTO Y OTROS".

Deposito Alpha Medico
NIT. 901.213.516-1
Cra. 37 No. 11-33
Barrio Panamericano
729-0351 - 729-0354
San Juan de Pasto

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070007750284495

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

C9DF25780D07F8775A

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

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

Contraloría de Santander

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Pupiales, 11 de noviembre de 2026

**POR LA CUAL SE APRUEBA UNA GARANTIA**
**LA GERENTE DEL "CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES E.S.E."**
**EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES, ESTATUTARIAS Y**

**CONSIDERANDO**

Que, ADRIANA ELISABETH TOBAR ARCINIEGAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 59.802.326 expedida en Pupiales, Nariño y domiciliada en el mismo municipio, obrando en condición de Gerente y Representante Legal del "Centro de Salud San Juan Bautista de Pupiales E.S.E.", y JORGE ENRIQUE FAJARDO, mayor de edad, identificado (a) con C.C. No. 12967358 de Pasto, representante legal de la persona jurídica denominada DEPOSITO ALPHAMEDICO S.A.S. identificada con numero NIT 901213516-1, suscribieron el CONTRATO DE SUMINISTRO No. 2026 – 2865 de fecha diez (10) de noviembre de 2026, cuyo objeto es: *SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL ÁREA DE FARMACIA DEL CENTRO DE SALUD "SAN JUAN BAUTISTA" DE PUPIALES E.S.E. DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN Nº 0248 DE 2026 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS).*

Que el (la) contratista, en cumplimiento a lo exigido en la cláusula denominada "Garantías" del contrato presentó **POLIZA N° 775-47-994000006250** suscrita con **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA,** identificada con **NIT. 860.524.654-6.**

Que, conforme a lo anterior, se hace necesario aprobar la garantía constituida y los conceptos y riesgos que en ella amparan.

**RESUELVE**

**PRIMERO:** APROBAR la POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL del contrato referenciado en la parte motiva de este acto administrativo, con fecha de expedición el once (11) de noviembre de 2026, suscrita entre JORGE ENRIQUE FAJARDO, mayor de edad, identificado (a) con C.C. No. 12967358 de Pasto, representante legal de la persona jurídica denominada DEPOSITO ALPHAMEDICO identificada con numero NIT 901213516-1 con **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA,** identificada con NIT. 860.524.654-6, la cual cubre los siguientes conceptos y riegos en las cuantías que se señalan a continuación:

| AMPARO | VIGENCIA | V/ ASEGURADO |
|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 10/11/2026 HASTA 13/03/2027 | $2.999.000.00 |
| CALIDAD DE LOS ELEMENTOS | 10/11/2026 HASTA 13/03/2027 | $2.999.000.00 |

| | | |
|---|---|---|
| | | |

**SEGUNDO:** La presente rige a partir de la fecha de su expedición.

**ADRIANA ELISABETH TOBAR ARCINIEGAS**
**Gerente y Representante**
**"Centro de Salud San Juan Bautista de Pupiales E.S.E."**