

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4302209319

PÓLIZA No: 430-47-994000048361

ANEXO: 6

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI SUR**

COD. AGENCIA: 430 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA

TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

DIA MES AÑO
30 04 2021
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
30 04 2021
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **SERVITRONICS S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **800.164.421-3**

DIRECCIÓN: AVENIDA ESTACION 5 B 27

CIUDAD: CALI, VALLE

TÉLEFONO: 6533555

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.959.051-7**

BENEFICIARIO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.959.051-7**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
08/02/2020	15/10/2021	18,048,370.00
08/02/2020	15/05/2024	9,024,185.00
08/02/2020	15/10/2021	18,048,370.00

BENEFICIARIOS
NIT 900959051 - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:

TEXTO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE RADICA OTRO SI No. 006., EN EL CUAL SE AMPLIA EL PLAZO DEL COTRATO HASTA EL DIA 15 DE MAYO DE 2021. SE MODIFICA LA CLAUSULA TERCERA EN EL CUAL SE ADICIONAL AL VALOR ACTUAL DEL CONTRATO LA SUMA DE \$ 5.652.500. PARA UN TOTAL DE \$ 180.483.700.

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 ARRENDAMIENTO NO.02-BS-004-2020, DE FECHA 08 DE FEBRERO DE 2020 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DE UPS DE LOS EQUIPOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. NIT: 900.959.051-7

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****45,120,925.00	VALOR PRIMA: \$ *****103,000	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****19,570	TOTAL A PAGAR: \$ *****122,570
NOMBRE INTERMEDIARIO JUAN CARLOS MOLINA DEL CASTILLO	CLAVE 4122	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000430220931

FIRMA TOMADOR

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

CADB207A0C06F9785A



PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR

COD. AGENCIA: 430

RAMO: 47

Nº PÓLIZA: 994000048361 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SERVITRONICS S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 800.164.421-3

ASEGURADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.959.051-7

BENEFICIARIO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.959.051-7

TEXTO ITEM 1

EL AMPARO MENCIONADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA COMO "PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND." HACE REFERENCIA A "PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, E INDEMNIZACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO LABORAL".

CLIENTE