

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5356719103

PÓLIZA No: 535- 47- 994000002240 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **MEDELLÍN SECTOR SOLIDARIO**

COD. AGENCIA: **535** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **30** MES **06** AÑO **2023**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **30** MES **06** AÑO **2023**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ASOCIACION SINDICAL COLOMBIANA DE PROFESIONALES, TECNOLOGOS, TECNICOS Y AUXILIARES DE LAS AREAS ADMI** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.452.778-5**
DIRECCIÓN: **CALLE 46 49 30** CIUDAD: **ITAGUI, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **4448121**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **CORPORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - UNIREMINGTON, SANTA ROSA DE OSOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.249.947-8**
BENEFICIARIO: **CORPORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - UNIREMINGTON, SANTA ROSA DE OSOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **901.249.947-8**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	01/07/2023	30/04/2024	110,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	01/07/2023	31/12/2026	110,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/07/2023	30/04/2024	110,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 901249947 - CORPORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - UNIREMINGTON, SANTA ROSA DE OSOS

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

*****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 No 055-2023, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y CONEXOS CON LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD A CARGO DE LA CORPORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- UNIREMINGTON, SANTA ROSA DE OSOS, CONFORME A LA OFERTA Y A LA DEMANDA, BAJO LOS PRINCIPIOS DE OPORTUNIDAD, EFICIENCIA, EFECTIVIDAD, CALIDAD, SEGURIDAD Y RACIONALIDAD.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***330,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****1,889,288	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****361,815	TOTAL A PAGAR: \$ *****2,266,102
---	--	---	--------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO BALBOA SEGUROS SOCIEDAD LTDA	CLAVE 9329	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
---	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

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 IMPLIEN 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)

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.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000535671910

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CBDB257E080EF57F5F

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
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 DIO/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA