



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361907837

PÓLIZA No: 436 -74 - 994000009425 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO			COD. AGE: 436			RAMO: 74			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
02	03	2023	01	03	2023	23:59	31	12	2023	23:59	305	02	03	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS			DIAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL														
TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION														

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION															
VIGENCIA DEL ANEXO															
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
01	03	2023	23:59	31	12	2023	23:59	305	02	03	2023	23:59	305	305	
VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS			

DATOS DEL TOMADOR													
NOMBRE: ADGESTHAL EMPRESA DE SS TEMPORALES SAS													
DIRECCIÓN: CR 14 A 15 B 15 BR CAICEDO													
CIUDAD: PASTO, NARIÑO													
IDENTIFICACIÓN: NIT 900.499.076-6													
TELÉFONO: 6027207245													

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO													
ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.													
DIRECCIÓN: CALLE 22 7 93 PARQUE BOLIVAR													
CIUDAD: PASTO, NARIÑO													
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.528-8													
TELÉFONO: 6027333400													
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS													
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8													

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS													
ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NIT : 891200528													
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: NARIÑO CIUDAD: PASTO													
DIRECCION: CALLE 0 NO. - PASTO													
ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS													
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: SERVICIOS MANZANA: 0-1													

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	\$ 348,000,000.00		
		348,000,000.00		
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES				
BENEFICIARIOS				
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS				

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DERIVADAS DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No 001-I.P.A.P 2023 DE SERVICIOS PARA CONTRATAR LOS SERVICIOS POR MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE PARA ATENDER NOVEDADES COMO VACACIONES, INCAPACIDADES, PERMISOS Y LICENCIAS DEL PERSONAL DE PLANTA PERMANENTE Y TEMPORAL, COMO DE LABORES OCASIONALES, ACCIDENALES O TRANSITORIAS IGUALMENTE PARA ATENDER LOS INCREMENTOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LAS DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE.

ASEGURADO BENEFICIARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E. NIT 891.200.528-8

- SUB AMPAROS:
- o COBERTURA BÁSICO PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES. VALOR ASEGURADO 300 SMLLV 2023
 - o COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS POR DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE. VALOR ASEGURADO 300 SMLLV 2023
 - o COBERTURA EXPRESA DE PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES. VALOR ASEGURADO 300 SMLLV 2023

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ***348,000,000.00	\$ *****1,744,767	\$*****0.00	\$ *****331,506	\$ *****2,076,273

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
JENNY MARCELA BUCK PABON	9104	100.00	
NOMBRE COMPAÑIA	%PART		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000436190783	FIRMA TOMADOR
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá		

CADB2679060FFB765C CLIENTE MPCASTILLO 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través de Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC83 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUATIVA EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436 RAMO: 74 No PÓLIZA: 994000009425 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ADGESTHAL EMPRESA DE SS TEMPORALES SAS**

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.499.076-6

ASEGURADO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.528-8

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

- o COBERTURA EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD SURGIDA POR ACTOS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS. VALOR ASEGURADO 300 SMLV 2023
- o COBERTURA EXPRESA DE AMPARO PATRONAL. VALOR ASEGURADO 300 SMLV 2023
- o COBERTURA EXPRESA DE VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. VALOR ASEGURADO 300 SMLV 2023
- o RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA. VALOR ASEGURADO 300 SMLV 2023
- o GASTOS MEDICOS. VALOR ASEGURADO 300 SMLV 2023

CLIENTE



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361907811

PÓLIZA No: 436-47-994000058036 ANEXO: 0

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

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO	COD. AGENCIA: 436 RAMO: 47																		
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION																		
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>02</td><td>03</td><td>2023</td> <td>02</td><td>03</td><td>2023</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FECHA DE EXPEDICIÓN</td> <td colspan="3">FECHA DE IMPRESIÓN</td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	02	03	2023	02	03	2023	FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO														
02	03	2023	02	03	2023														
FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN																

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ADGESTHAL EMPRESA DE SS TEMPORALES SAS** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.499.076-6**

DIRECCIÓN: **CR 14 A 15 B 15 BR CAICEDO** CIUDAD: **PASTO, NARIÑO** TELÉFONO: **6027207245**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.528-8**

BENEFICIARIO: **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.528-8**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	01/03/2023	30/06/2024	359,962,217.80
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	01/03/2023	31/12/2026	179,981,108.90
CALIDAD DEL SERVICIO	01/03/2023	30/06/2024	359,962,217.80

BENEFICIARIOS
NIT 891200528 - **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**

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 CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No 001-I.P.A.P 2023 DE SERVICIOS PARA CONTRATAR LOS SERVICIOS POR MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE PARA ATENDER NOVEDADES COMO VACACIONES, INCAPACIDADES, PERMISOS Y LICENCIAS DEL PERSONAL DE PLANTA PERMANENTE Y TEMPORAL, COMO DE LABORES OCASIONALES, ACCIDENALES O TRANSITORIAS IGUALMENTE PARA ATENDER LOS INCREMENTOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LAS DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***899,905,544.50	VALOR PRIMA: \$ *****5,914,722	GASTOS EXPEDICION: \$****11,000.00	IVA: \$ ****1,125,887	TOTAL A PAGAR: \$ *****7,051,609
---	--	--	---------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO JENNY MARCELA BUCK PABON	CLAVE 9104	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
---	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

DIANTE 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 QUIEN 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 PAISES), 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**.

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR** 

(415)7701861000019(8020)0000000007000436190781

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADB2679060FFB765E

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>



ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA