
	APROBACIÓN DE GARANTIAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GJ-R-035
		FECHA VIGENCIA: 2021-07-15
		VERSIÓN: 00
		Página 1 de 2

DEPENDENCIA:	SECRETARIA GENERAL	
NOMBRE DEL COMPETENTE O DELEGADO PARA APROBAR LAS GARANTIAS:	ANGIE JULIETT ROJAS MILLAN Secretaria General	
Nº Y FECHA DEL CONTRATO:	0074 DEL 28 DE ENERO DE 2022	
CONTRATISTA:	CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA S.A.S.	NIT Y/O CC: 800.180.176
OBJETO:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS PRE-OCUPACIONALES O DE PRE-INGRESO, EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS, EVALUACIÓN MÉDICA POST-OCUPACIONAL DE EGRESO, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE OTRO TIPO DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES (TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS), VACUNACIÓN A LOS SERVIDORES Y TRABAJADORES DE LA EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL	
VALOR:	INICIAL: \$ 199.075.333,00 ADICIÓN 01: \$ 3.394.500,00	
PLAZO:	INICIAL: DOCE (12) MESES PRÓRROGA 01: DIEZ (10) MESES PRÓRROGA 02: TRES (03) MESES PRÓRROGA 03: TRES (03) MESES	
SUPERVISOR:	Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo Profesional Especializado III – Gestión Humana	
FECHA DE APROBACIÓN:	01 ABR 2024	

	APROBACIÓN DE GARANTIAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GJ-R-035
		FECHA VIGENCIA: 2021-07-15
		VERSIÓN: 00
		Página 2 de 2

NOVEDAD DE LA GARANTIA A APROBAR:

INICIAL: _____ **ACTA DE INICIO:** _____
ACTA DE SUSPENSION Y REINICIACION: _____ **PRORROGA:** X 3
ADICION EN VALOR: _____ **ADICION EN VALOR Y PLAZO:** _____
ACTA FINAL: _____ **REDES HIDROSANITARIAS:** _____
OTRO: _____

COMPAÑÍA ASEGURADORA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
PÓLIZA NÚMERO:	310-47-994000005886 / A 4 RCE 310-74-994000002788/ A 5

GARANTIAS A APROBAR			
AMPARO	VIGENCIA (DESDE)	VIGENCIA (HASTA)	VALOR ASEGURADO
Cumplimiento	15/02/2022	30/10/2024	\$40.493.966,60
Calidad del servicio	15/02/2022	01/05/2027	\$40.493.966,60
Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización laborales	15/02/2022	01/05/2025	\$40.493.966,60
Básico – PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	01/04/2025	01/05/2025	\$60.740.950.,00

Por medio del presente documento, hago constar que he revisado la(s) póliza(s) de seguro registradas anteriormente y se encuentra(n) conforme(s) a lo exigido en el contrato y el Manual de contratación de la Empresa.


ANGIE JULIETTA ROJAS MILLAN
 Secretaria General

Elaboró: Dolly Camacho– Técnico Administrativo II – Gestión Jurídica y Contractual IBAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3101315509

PÓLIZA No: 310-47-99400005886 ANEXO: 4

AGENCIA EXPEDIDORA: **AVENIDA SUBA**

COD. AGENCIA: 310 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA	MES	AÑO
20	03	2024

DIA	MES	AÑO
20	03	2024

FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.180.176-0**
DIRECCIÓN: **CLL 19 NO. 3-50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6012826817**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.089.809-6**
BENEFICIARIO: **EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.089.809-6**

AMPAROS

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

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	15/02/2022	30/10/2024	40,493,966.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	15/02/2022	01/05/2027	40,493,966.60
CALIDAD DEL SERVICIO	15/02/2022	01/05/2025	40,493,966.60

BENEFICIARIOS
NIT 800089809 - **EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL**

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.074, DE FECHA 28 ENERO DE 2022 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PRACTICA DE LAS EVALUACIONES MEDICAS PRE-OCUPACIONALES O PRE-INGRESO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS, EVALUACION MEDICA POST-OCUPACIONAL O DE EGRESO, ASI COMO LA REALIZACION DE OTRO TIPO DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES (TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS), VACUNACION DE LOS SERVIDORES Y TRABAJADORES DE LA EMPRESA IBAGUERELA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL.

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AJUSTA LA VIGENCIA DE LA GARANTIA DE ACUERDO CON EL DOCUMENTO DE PRORROGA No.3 DE FECHA 13/03/2024.

PRORROGA HASTA: 15/04/2024

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***121,481,899.80	VALOR PRIMA: \$ *****29,954	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****5,691	TOTAL A PAGAR: \$ *****35,646
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

NOMBRE INTERMEDIARIO ARCARY SEGUROS LIMITADA	CLAVE 9517	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
---	---------------	-----------------	----------------------------------	-------	-----------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASI COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVES DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERIA 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 DECLARACION, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTION 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 ELECTRÓNICO: 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/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACION 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 JURIDICA 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 MERCADO, 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 1801 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2016 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 DURACION DEL VINCULO O LA PRESTACION DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACION 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)00000000070003310131550

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDD920790809FE775D

CLIENTE

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGENCIA: 310

RAMO: 47

No PÓLIZA: **994000005886** ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.180.176-0
ASEGURADO:	EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.089.809-6
BENEFICIARIO:	EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.089.809-6

TEXTO ITEM 1

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuníquese con la línea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	# 789 opción 4
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Identificación:	3101315509
Identificación:	181.49.61.2
Nombre:	CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR A
Email:	tesoreria@cendiatra.com
TP:	181.49.61.2

DATOS DEL PAGO

FORMA DE PAGO

No. Pago:	31013155093
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	21/03/2024
Ticket ID:	31013155093
Transacción/CUS:	526984827
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO

Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCO AV VILLAS
Cód. de servicio:	1001
Total:	35646
Total Iva:	0

* Esta transacción esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA

RETORNAR AL COMERCIO

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuníquese con la línea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
NIT:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Identificación:	3101315517
Identificación:	181.49.61.2
Nombre:	CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR A
Email:	tesoreria@cendiatra.com
IP:	181.49.61.2

DATOS DEL PAGO

FORMA DE PAGO

No. Pago:	31013155174
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	21/03/2024
Ticket ID:	31013155174
Transacción/CUS:	526976993
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO

Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	2
Banco:	BANCO AV VILLAS
Cód. de servicio:	1001
Total:	29705
Total Iva:	0

* Esta transacción está sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA

RETORNAR AL COMERCIO

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

3101315509

**COMPROBANTE DE PAGO
INDIVIDUAL**

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO.
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

Agencia Exp: AVENIDA SUBA	VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:	DIA	MES	AÑO
AG. RAM. POL.: 310 _47 _994000005886	\$ 35,646.00	20	03	2024
NOMBRE: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA		IDENTIFICACIÓN: NIT 800.180.176-0		

FORMA DE PAGO

CHEQUE EFECTIVO

COD. BANCO _____ No. CHEQUE _____

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)00000000007000310131550

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta de Ahorros / Corriente - TC
TELÉFONO FIJO BOGOTÁ	(601) 3849444	Tarjeta de Crédito
BANCOS	Banco de Bogotá Banco de Occidente	Efectivo ó Cheque

* CORRESPONSALES DE RECAUDO (SOLO PAGO EN EFECTIVO)		MONTO MÁXIMO
1) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax y Almacenes Éxito	\$9.999.999
2) SUPERGIROS	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$5.000.000
3) PUNTO DE PAGO	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$4.000.000
4) FULLCARGA	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$3.000.000
5) PUNTORED	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 800.000
6) EFECTY	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 500.000
7) COOPENESSA	ÚNICO CONVENIO PARA PAGOS PÓLIZAS ESTUDIANTILES EXCLUSIVO SANTANDER DEL SUR	\$ 500.000

IMPORTANTE

- Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.
- Para pagos por medio de línea telefónica o por Internet (PSE-TC), se requiere del número electrónico para pagos.
- Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página:

www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Whatsapp business Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co
Línea Solidaria a través del #789 desde tu móvil Claro, Tigo, Movistar y Avantel
01 8000 512021 gratis desde cualquier lugar del país
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano
Carrera 13A #28-38 oficina 221 Bogotá - Teléfono (601) 7919180
Fax: (601)7919180 - Celular 3123426229
Correo electrónico defensoriasolidaria@gmail.com
Horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 m y de 2 p.m. a 6 p.m.

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

3101315509

NOMBRE: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	IDENTIFICACIÓN: NIT 800.180.176-0	DIA	MES	AÑO
		20	03	2024
		FECHA DE IMPRESIÓN		

FORMA DE PAGO

CHEQUE EFECTIVO

COD. BANCO _____ No. CHEQUE _____

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)00000000007000310131550

- Banco -

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3101315517

PÓLIZA No: 310 -74 - 994000002788 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA			COD. AGE: 310			RAMO: 74			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
20	03	2024	01	04	2025	23:59	01	05	2025	23:59	30	20	03	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL									A LAS			TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO: PRORROGA	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
		01	04	2025	23:59	01	05	2025	23:59	30			
		VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.180.176-0**

DIRECCIÓN: **CLL 19 NO. 3-50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6012826817**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.180.176-0**

DIRECCIÓN: **CLL 19 NO. 3-50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6012826817**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: **CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CEND NIT : 800180176**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **TOLIMA** CIUDAD: **IBAGUÉ**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-4**

ACTIVIDAD: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

TIPO EDIFICIO: **NO APLICA PARA ESTE RAMO** TIPO DE RIESGO: **SERVICIOS** MANZANA: **2-3**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 60,740,950.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		60,740,950.00		

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 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 extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley colombiana en virtud de la ejecución del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PRACTICA DE LAS EVALUACIONES MEDICAS PRE-OCUPACIONALES O PRE-INGRESO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS, EVALUACION MEDICA POST-OCUPACIONAL O DE EGRESO, ASI COMO LA REALIZACION DE OTRO TIPO DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES (TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS), VACUNACION DE LOS SERVIDORES Y TRABAJADORES DE LA EMPRESA IBAGUERELA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL, SE EXCLUYE RC PROFESIONAL

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AJUSTA LA VIGENCIA DE LA POLIZA DE ACUERDO CON EL DOCUMENTO DE PRORROGA No.3 DE FECHA 13/03/2024.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****60,740,950.00	VALOR PRIMA: \$ *****24,962	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****4,743	TOTAL A PAGAR: \$ *****29,705
--	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE ARCARY SEGUROS LIMITADA	CLAVE 9517	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA VALOR ASEGURADO

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 OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)770186100019(8020)0000000007000310131551

FIRMA TOMADOR

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

CDD920790809FE775C

CLIENTE

SACUCHIVAGUE 0

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/83 - REGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía no Sujeta

VIGILLADO POR LA ENTIDAD FINANCIERA DE COLOMBIA

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: 994000002788	ANEXO: 5	TIPO DE MOVIMIENTO: 0	PAGINA: 2
TOMADOR: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA		Identificación: 800.180.176-0	

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. 6 NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRAT	800180176-0	CARRERA 3 No. 1-4	IBAGUÉ	60,740,950.00	24,962	29,705
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						24,962	29,705

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

3101315517

**COMPROBANTE DE PAGO
INDIVIDUAL**

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO.
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

Agencia Exp: AVENIDA SUBA

VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:

\$ 29,705.00

DIA	MES	AÑO
20	03	2024
FECHA DE IMPRESIÓN		

AG. RAM. POL.: 310 74 994000002788

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: NIT

800.180.176-0

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

FORMA DE PAGO

CHEQUE

EFFECTIVO

COD.
BANCO

No.
CHEQUE

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)00000000007000310131551

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta de Ahorros / Corriente - TC
TELÉFONO FIJO BOGOTÁ	(601) 3849444	Tarjeta de Crédito
BANCOS	Banco de Bogotá Banco de Occidente	Efectivo ó Cheque

* CORRESPONSALES DE RECAUDO (SOLO PAGO EN EFECTIVO)		MONTO MÁXIMO
1) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax y Almacenes Éxito	\$9.999.999
2) SUPERGIROS	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$5.000.000
3) PUNTO DE PAGO	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$4.000.000
4) FULLCARGA	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$3.000.000
5) PUNTORED	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 800.000
6) EFECTY	Convenio No. 6792 y número electrónico	\$ 500.000
7) COOPENESSA	ÚNICO CONVENIO PARA PAGOS PÓLIZAS ESTUDIANTILES EXCLUSIVO SANTANDER DEL SUR	\$ 500.000

IMPORTANTE

-Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo.

-Para pagos por medio de línea telefónica o por Internet (PSE-TC), se requiere del número electrónico para pagos.

-Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página:

www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Whatsapp business Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co
Línea Solidaria a través del #789 desde tu móvil Claro, Tigo, Movistar y Avantel
01 8000 512021 gratis desde cualquier lugar del país
Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano
Carrera 13A #28-38 oficina 221 Bogotá - Teléfono (601) 7919180
Fax: (601)7919180 - Celular 3123426229
Correo electrónico defensoriasolidaria@gmail.com
Horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 m y de 2 p.m. a 6 p.m.

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

3101315517



Aseguradora Solidaria
de Colombia
NIT. 860.524.654-6

NOMBRE:

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

IDENTIFICACIÓN: NIT

800.180.176-0

DIA	MES	AÑO
20	03	2024
FECHA DE IMPRESIÓN		

FORMA DE PAGO

CHEQUE

EFFECTIVO

COD.
BANCO

No.
CHEQUE

VALOR PAGADO

\$



(415)7701861000019(8020)00000000007000310131551