

null 16. MANIZALES USUARIO: OCAMPOC TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA DD MM AAAA 01 12 2015

| | | | | |
|----------------------|--|-------------|------------|-----------------|
| TOMADOR/GARANTIZADO: | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG | C.C. O NIT: | 900522923 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CL 39 NORTE 4 N 151 | CIUDAD: | CALI | |
| E-MAIL: | FACTURACIONAGESOC80@OUTLOOK.ES | TELÉFONO: | 6026594000 | |
| ASEGURADO: | RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. | C.C. O NIT: | 805027287 | 4 |
| DIRECCIÓN: | CL 46 C 3 B 00 | CIUDAD: | CALI | TEL. 6024884646 |
| BENEFICIARIO: | RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. | C.C. O NIT: | 805027287 | 4 |
| DIRECCIÓN: | CL 46 C 3 B 00 | CIUDAD: | CALI | TEL. 6024884646 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------|-------|------------|-------|--------------------------|-------------------|--------------|--|
| DD MM AAAA | DESDE | DD MM AAAA | HASTA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| 01 12 2015 | | 31 12 2018 | | | | 9,250,000.00 | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | |
|---------------|-----------------------|-----------|--|--|--|-------------------|-----------------|
| %PART | NOMBRE | | | | | TRM 3,142.11 | MONEDA VALORES |
| 100.00 | TOTALITY SEGUROS S.A. | | | | | PRIMA | PESOS 64,224.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS 7,000.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS 11,396.00 |
| | | | | | | TOTAL | 82,620.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------|
| | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| CUMPLIMIENTO DE CONTRATO | 01-12-2015 | 30-04-2016 | 0.00 | 3,700,000.00 | 13,000.00 | 0.00 | 0.00 |
| PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN | 01-12-2015 | 31-12-2018 | 0.00 | 5,550,000.00 | 51,224.00 | 0.00 | 0.00 |

OBJETO DE LA GARANTIA

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO SINDICAL DE OPERACION DE SERVICIOS DE No 1.5.1.205.2015 DE FECHA NOVIEMBRE 30 DE 2015 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA DESARROLLAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES: ASISTENCIALES PARA DESARROLLAR SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, LABORATORIO, ATENCION AL USUARIO, PORTERO, ARCHIVO Y CAJA; EN LAS IPS'S DE LA RED DE SALUD NORTE E.S.E - PROGRAMA DE VICTIMAS Y EN LA ZONA DE INFLUENCIA CUANDO SE TRATE DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES; DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO AMPARADO BAJO LA PRESENTE POLIZA.

NOTA: EL CLAUSULADO DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DE REFERENCIA No. SU-OD-05-06, ANEXO A LA PRESENTE POLIZA HACE PARTE ESENCIAL DE LA MISMA EN TODOS Y CADA UNO DE SUS PARAMETROS.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAIS. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA. D.C SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TERMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO 310000033528 19/05/15 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 0000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DEL SEG: 0029397 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR (415)7709998911901(8020)1660010100077035 COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

null 16. MANIZALES USUARIO: OCAMPOC TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA 16 12 2015

| | | | | |
|----------------------|--|-------------|------------|-----------------|
| TOMADOR/GARANTIZADO: | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG | C.C. O NIT: | 900522923 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CL 39 NORTE 4 N 151 | CIUDAD: | CALI | |
| E-MAIL: | FACTURACIONAGESOC80@OUTLOOK.ES | TELÉFONO: | 6026594000 | |
| ASEGURADO: | RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. | C.C. O NIT: | 805027287 | 4 |
| DIRECCIÓN: | CL 46 C 3 B 00 | CIUDAD: | CALI | TEL. 6024884646 |
| BENEFICIARIO: | RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. | C.C. O NIT: | 805027287 | 4 |
| DIRECCIÓN: | CL 46 C 3 B 00 | CIUDAD: | CALI | TEL. 6024884646 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|----------|----|------|-------|--------------------------|-------------------|--------------|
| DD | MM | AAAA | DESDE | DD | MM | AAAA |
| 01 | 12 | 2015 | HASTA | 31 | 12 | 2018 |
| | | | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| | | | | 9,250,000.00 | 0.00 | 9,250,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | |
|---------------|-----------------------|-----------|--|--|--|-------------------|-----------|
| %PART | NOMBRE | | | | | TRM | VALORES |
| 100.00 | TOTALITY SEGUROS S.A. | | | | | 3,328.08 | |
| | | | | | | PRIMA | 12,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | 0.00 |
| | | | | | | IVA | 1,920.00 |
| | | | | | | TOTAL | 13,920.00 |

| AMPAROS | | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|--|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------|
| | | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| CUMPLIMIENTO DE CONTRATO | | 01-12-2015 | 30-04-2016 | 3,700,000.00 | 3,700,000.00 | 12,000.00 | 0.00 | 0.00 |
| PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN | | 01-12-2015 | 31-12-2018 | 5,550,000.00 | 5,550,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO DE MODIFICACION PARA AJUSTAR EL VALOR DE LA PRIMA DEL AMPARO DE CUMPLIMIENTO. LAS DEMAS CONDICIONES DE LA POLIZA INICIAL NO MODIFICADAS CONTINUAN VIGENTES.

OBJETO DE LA GARANTIA
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO SINDICAL DE OPERACION DE SERVICIOS DE No 1.5.1.205.2015 DE FECHA NOVIEMBRE 30 DE 2015 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA DESARROLLAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES: ASISTENCIALES PARA DESARROLLAR SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, LABORATORIO, ATENCION AL USUARIO, PORTERO, ARCHIVO Y CAJA; EN LAS IPS'S DE LA RED DE SALUD NORTE E.S.E - PROGRAMA DE VICTIMAS Y EN LA ZONA DE INFLUENCIA CUANDO SE TRATE DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES; DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO AMPARADO BAJO LA PRESENTE POLIZA.

NOTA: EL CLAUSULADO DE GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DE REFERENCIA No. SU-OD-05-06, ANEXO A LA PRESENTE POLIZA HACE PARTE ESENCIAL DE LA MISMA EN TODOS Y CADA UNO DE SUS PARAMETROS.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO 310000033528 19/05/15 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 0000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DEL SEG: 0029397 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR
SU-FO-01-02
(415)7709998911901(8020)1660010100077388

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO