

null	16. MANIZALES	USUARIO: OCAMPOC	TIP CERTIFICADO: Nuevo	FECHA	DD MM AAAA 30 10 2015
------	---------------	------------------	------------------------	-------	--------------------------

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

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DESDE	DD MM AAAA	HASTA	ANTERIOR
01 11 2015		30 11 2018		
				ESTA MODIFICACIÓN
				NUEVA
				7,750,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA	
%PART	NOMBRE	TRM	2,921.32	MONEDA	VALORES	
100.00	TOTALITY SEGUROS S.A.	PRIMA		PESOS	67,879.00	
		CARGOS DE EMISIÓN		PESOS	7,000.00	
		IVA		PESOS	11,981.00	
		TOTAL			86,860.00	

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		01-11-2015	31-03-2016	0.00	3,100,000.00	25,000.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN		01-11-2015	30-11-2018	0.00	4,650,000.00	42,879.00	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 1.5.1.188.2015 DE FECHA OCTUBRE 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 RETENCION, 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 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 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 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



(415)7709998911901(8020)1660010100076643

**TOMADOR**
**COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

 María Juana Herrera Rodríguez  
 CC: 52.420.596

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Thu, 15 Feb 2024 18:11:33