

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4205501838**

**PÓLIZA No: 420-47-994000027241 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGENCIA: **420** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

| DIA                 | MES | AÑO  | DIA                | MES | AÑO  |
|---------------------|-----|------|--------------------|-----|------|
| 08                  | 09  | 2015 | 24                 | 05  | 2024 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      | FECHA DE IMPRESIÓN |     |      |

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.522.923-8**  
DIRECCIÓN: **AVENIDA 6AN #35 - 100 OF 703** CIUDAD: **CALI, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6026594002**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL SURORIENTE E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.338-1**  
BENEFICIARIO: **RED DE SALUD DEL SURORIENTE E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.338-1**

**AMPAROS**

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

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 01/09/2015     | 01/02/2016     | 3,600,000.00   |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 01/09/2015     | 01/10/2018     | 1,800,000.00   |

BENEFICIARIOS  
NIT 805027338 - RED DE SALUD DEL SURORIENTE E.S.E.

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO:**

\*\*\*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 DE ORDEN SINDICAL 103.6.2.098.2015, DE APOYO A LA GESTION 00-2015-C4-31 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA O ASISTENCIAL A TRAVES DE SUS AFILIADOS EN EL PROCESO DE APOYO ATENCIÓN HOSPITALARIA (AUXILIARES) MES SEPTIEMBRE DE 2015, A LA RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE ESE.

SE ADJUNTAN CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

|                                                       |                                       |                                              |                              |                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br><b>\$ *****5,400,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br><b>\$ *****43,338</b> | GASTOS EXPEDICION:<br><b>\$****15,000.00</b> | IVA:<br><b>\$ *****9,334</b> | TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ *****67,672</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|

| NOMBRE INTERMEDIARIO                 | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|--------------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| SAAVEDRA SAAVEDRA ASESORES EN SEGURO | 4638  | 100.00 |                                  |       |                 |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN 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, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA 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 DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN 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.cowwa\\_digitalclient#login](https://www.solidaria.com.cowwa_digitalclient#login)

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 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](http://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](http://WWW.SOLIDARIA.COM.CO) EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

**FIRMA ASEGURADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000420550183

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CADA207D0A0FFD765C

CLIENTE

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano \* **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá \* **Teléfono:** (601) 7919180  
Fax: (601) 7919180 \* **Celular:** 312 342 6229 \* **Correo electrónico:** [defensoriasolidaria@gmail.com](mailto: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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIO/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros