

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: CARVAJALN

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA  
22 05 2017

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: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. C.C. O NIT: 890303461 2

DIRECCIÓN: CL 5 36 08 CIUDAD: CALI TEL. 6025141831

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. C.C. O NIT: 890303461 2

DIRECCIÓN: CL 5 36 08 CIUDAD: CALI TEL. 6025141831

| VIGENCIA |    |      |      | VALOR ASEGURADO EN PESOS |    |                   |      |
|----------|----|------|------|--------------------------|----|-------------------|------|
| DD       | MM | AAAA |      | DD                       | MM | AAAA              |      |
| DESDE    | 01 | 05   | 2017 | HASTA                    | 31 | 05                | 2020 |
|          |    |      |      | ANTERIOR                 |    | ESTA MODIFICACIÓN |      |
|          |    |      |      |                          |    | NUEVA             |      |
|          |    |      |      |                          |    | 16,955,138.55     |      |

| INTERMEDIARIO |                       | COASEGURO |   |  |  | PRIMA             |            |
|---------------|-----------------------|-----------|---|--|--|-------------------|------------|
| %PART         | NOMBRE                | COMPañIA  | % |  |  | TRM               | VALORES    |
| 100.00        | SAAVEDRA SAAVEDRA ASE |           |   |  |  | 2,889.45          |            |
|               |                       |           |   |  |  | PRIMA             | 80,992.00  |
|               |                       |           |   |  |  | CARGOS DE EMISIÓN | 7,000.00   |
|               |                       |           |   |  |  | IVA               | 16,718.00  |
|               |                       |           |   |  |  | TOTAL             | 104,710.00 |

| AMPAROS                                  |  | VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE |        |
|------------------------------------------|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------|
|                                          |  | Desde      | Hasta      |                                   |                                |                      | %         | Mínimo |
| CUMPLIMIENTO DE CONTRATO                 |  | 01-05-2017 | 30-11-2017 | 0.00                              | 11,303,425.70                  | 25,000.00            | 0.00      | 0.00   |
| PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN |  | 01-05-2017 | 31-05-2020 | 0.00                              | 5,651,712.85                   | 55,992.00            | 0.00      | 0.00   |

OBJETO DE LA POLIZA:  
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO C17-131, REFERENTE A PRESTAR APOYO EN LA EJECUCION DE LOS PROCESOS DE AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V., UBICADO EN LA CALLE 5 NO. 36-08 EN LA CIUDAD DE CALI Y SUS DEPENDENCIAS EXTERNAS. EN APROXIMADAMENTE 16.066 HORAS.

LA PRESENTE POLIZA AMPARA PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDEMNIZACIONES Y SIMILARES, ENTENDIENDOSE SIMILARES COMPENSACIONES, AUXILIOS Y BENEFICIOS SUSCRITOS POR ENTRE LAS PARTES.

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, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 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 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 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 310000093154 11/05/16 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 100.001 AL 200.000 NUMERACION HABILITADA DEL SEG: 0099222 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0360106459

María Juana Herrera Rodríguez  
CC: 52.420.596

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

TOMADOR

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

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

Mon, 27 Jan 2025 08:40:01