

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: MIRANDAM TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA DD MM AAAA 01 03 2018

**TOMADOR/GARANTIZADO:** ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG **C.C. O NIT:** 900522923 8

**DIRECCIÓN:** CL 39 N 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	03	2018	HASTA	30	09	2021
				ANTERIOR			
				ESTA MODIFICACIÓN			
				NUEVA			
				2,796,757,558.35			

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%			TRM	VALORES
100.00	SAAVEDRA SAAVEDRA ASE					2,867.94	
						PRIMA	PESOS
							10,986,999.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
							7,000.00
						IVA	PESOS
							2,088,860.00
						TOTAL	13,082,859.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		01-03-2018	30-03-2019	0.00	799,073,588.10	2,587,688.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN		01-03-2018	30-09-2021	0.00	399,536,794.05	3,223,935.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO		01-03-2018	30-03-2019	0.00	1,598,147,176.20	5,175,376.00	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 CP HUV-18-005 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS EN LA EJECUCION DEL PROCESO DE MEDICOS ESPECIALISTAS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V.

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 ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, 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 GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA 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, SEGÚN 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 DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA 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 PÓLIZA, 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 CARACTERÍSTICAS 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 PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL 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 TRANSMISIÓN 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)0360111131

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

Wed, 5 Feb 2025 10:17:38

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: TRUJILLJ

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA  
05 10 2018

TOMADOR/GARANTIZADO: ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG C.C. O NIT: 900522923 8

DIRECCIÓN: CL 39 N 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		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA	
DESDE	05	03	2018	HASTA	30	09	2021
					2,796,757,558.35	0.00	2,796,757,558.35

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%			TRM	3,028.16
100.00	SAAVEDRA SAAVEDRA ASE					PRIMA	PESOS
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	0.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	05-03-2018	30-03-2019	799,073,588.10	799,073,588.10	0.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN	05-03-2018	30-09-2021	399,536,794.05	399,536,794.05	0.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	05-03-2018	30-03-2019	1,598,147,176.20	1,598,147,176.20	0.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA MODIFICACION:

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO DE MODIFICACION Y SEGUN OTROSI NO. 1 DE FECHA 05 DE MARZO DE 2.018, POR EL CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CLAUSULA QUINTA (FORMA DE PAGO ) DEL CONTRATO NO. CP HUV-18-005 DE 01 DE MARZO DE 2.018, HACEMOS CONSTAR QUE LA ASEGURADORA CONOCE Y ACEPTA DICHO DOCUMENTO.

LOS DEMÁS TÉRMINOS CONTINÚAN VIGENTES Y SIN MODIFICACIONES.

NOTA: LA VIGENCIA GLOBAL DE LA PRESENTE PÓLIZA ES DESDE EL 01 DE MARZO DE 2.018 HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2.021

OBJETO DE LA POLIZA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO CP HUV-18-005 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS EN LA EJECUCION DEL PROCESO DE MEDICOS ESPECIALISTAS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V.

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 PÓLIZA, 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 GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA 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, SEGÚN 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 DÍA 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 PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA 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 CARACTERÍSTICAS 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 PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL 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.

SU-FO-01-02

TOMADOR



(415)770998911901(8020)

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

*[Handwritten Signature]*

María Juana Herrera Rodríguez  
CC: 52.420.596

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: TRUJILLJ

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

VISTILLADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**TOMADOR/GARANTIZADO:** ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG **C.C. O NIT:** 900522923 8

**DIRECCIÓN:** CL 39 N 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	28	09	2018	HASTA	30	11	2021
				ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
				2,796,757,558.35		1,398,378,779.35	
						NUEVA	
						4,195,136,337.70	

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%			TRM	3,028.16
100.00	SAAVEDRA SAAVEDRA ASE					PRIMA	PESOS
							5,183,175.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
							0.00
						IVA	PESOS
							984,803.00
						TOTAL	6,167,978.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		28-09-2018	30-05-2019	799,073,588.10	1,198,610,382.20	1,201,896.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN		28-09-2018	30-11-2021	399,536,794.05	599,305,191.10	1,577,487.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO		28-09-2018	30-05-2019	1,598,147,176.20	2,397,220,764.40	2,403,792.00	0.00	0.00

#### OBJETO DE LA MODIFICACION:

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO DE MODIFICACION Y SEGUN OTROSI NO. 2 DE FECHA 28 DE SEPTIEMBRE 2.018 AL CONTRATO CP HUV-18-005, SE PRORROGA LA VIGENCIA Y AUMENTA EL VALOR ASEGURADOS DE LOS AMPAROS DE LA PRESENTE POLIZA SEGÚN DETALLE.

LOS DEMÁS TÉRMINOS CONTINÚAN VIGENTES Y SIN MODIFICACIONES.

NOTA: LA VIGENCIA GLOBAL DE LA PRESENTE PÓLIZA ES DESDE EL 01 DE MARZO DE 2.018 HASTA 30 DE NOVIEMBRE DE 2.021

#### OBJETO DE LA POLIZA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO CP HUV-18-005 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS EN LA EJECUCION DEL PROCESO DE MEDICOS ESPECIALISTAS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V.

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 PÓLIZA, 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 GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA 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, SEGÚN 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 DÍA 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 PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA 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 CARACTERÍSTICAS 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 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 PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL 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.



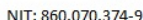
María Juana Herrera Rodríguez  
CC: 52.420.596

SU-FO-01-02 **TOMADOR**



**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO



## Garantia Unica

Página 1

DD MM AAAA  
03 12 2018

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: MIRANDAM

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

VISTILLADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR/GARANTIZADO: ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE - AG C.C. O NIT: 900522923 8

DIRECCIÓN: CL 39 N 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		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA	
DESDE	28	11	2018	HASTA	31	12	2021
					4,195,136,337.70	0.00	4,195,136,337.70

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%			TRM	3,196.15	MONEDA VALORES
100.00	A. SAAVEDRA SAAVEDRA Y					PRIMA		PESOS 1,030,725.00
						CARGOS DE EMISIÓN		PESOS 0.00
						IVA		PESOS 195,838.00
						TOTAL		1,226,563.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	28-11-2018	30-06-2019	1,198,610,382.20	1,198,610,382.20	305,400.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN	28-11-2018	31-12-2021	599,305,191.10	599,305,191.10	114,525.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	28-11-2018	30-06-2019	2,397,220,764.40	2,397,220,764.40	610,800.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA MODIFICACION:  
MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO DE MODIFICACION Y SEGUN OTROSI NO. 3 DE FECHA 28 DE NOV. 2.018 AL CONTRATO CP HUV-18-005, SE PRORROGA LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS DE LA PRESENTE POLIZA SEGÚN DETALLE.

LOS DEMÁS TÉRMINOS CONTINÚAN VIGENTES Y SIN MODIFICACIONES.

NOTA: LA VIGENCIA GLOBAL DE LA PRESENTE PÓLIZA ES DESDE EL 01 DE MARZO DE 2.018

OBJETO DE LA POLIZA:  
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN EL CONTRATO CP HUV-18-005 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS EN LA EJECUCION DEL PROCESO DE MEDICOS ESPECIALISTAS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V.

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 PÓLIZA, 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 LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA 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, SEGÚN 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 DÍA 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 PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA 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 CARACTERÍSTICAS 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 PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA 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.

SU-FO-01-02

TOMADOR



(415)770998911901(8020)0360114056

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.420.596

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

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

Wed, 5 Feb 2025 10:31:55