

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: MIRANDAM TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA: 05 01 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	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 01 01 2018	HASTA 28 02 2021			328,694,122.40

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	SAAVEDRA SAAVEDRA ASE			2,885.76	PESOS	1,183,300.00
					PESOS	7,000.00
					PESOS	226,157.00
				TOTAL		1,416,457.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	01-01-2018	28-08-2018	0.00	93,912,606.40	245,974.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN	01-01-2018	28-02-2021	0.00	46,956,303.20	445,378.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	01-01-2018	28-08-2018	0.00	187,825,212.80	491,948.00	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 C18-005 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA EJECICON DEL PROCESOS DE PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V.

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 CONOCI 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. TAMBIEN 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 ASI COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAIS.

***VER NOTAS** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 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 RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C

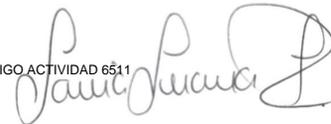
SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES 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 COMPANIA, 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, ASI 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 310000093154 11/05/16 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 100.001 AL 200.000 NUMERACION HABILITADA DEL SEG: 0099222 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



María Juana Herrera Rodríguez
C.C. 52.420.596



(415)770998911901(8020)0360110205

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: ARMESTOJ TIP CERTIFICADO: Boleta de Trabajo FECHA: DD MM AAAA 29 11 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	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 28 08 2018	HASTA 28 02 2021	328,694,122.40	0.00	328,694,122.40

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	TRM	MONEDA	VALORES	
100.00	A. SAAVEDRA SAAVEDRA Y			2,885.76	PESOS	0.00	
					PESOS	0.00	
					PESOS	0.00	
				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	28-08-2018	28-08-2018	93,912,606.40	93,912,606.40	0.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN	28-08-2018	28-02-2021	46,956,303.20	46,956,303.20	0.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	28-08-2018	28-08-2018	187,825,212.80	187,825,212.80	0.00	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 C18-005 REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA EJECICON DEL PROCESOS DE PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS FIJADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.-H.U.V.

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 VÍA 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, 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 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 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 COMPANIA, 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 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.



María Juana Herrera Rodríguez
C.C. 52.420.596



TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO