

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: MIRANDAM TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA DD MM AAAA 04 01 2019

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: RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. C.C. O NIT: 805027261 3

DIRECCIÓN: CR 12 E 50 18 CIUDAD: CALI TEL. 6024411914

BENEFICIARIO: RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. C.C. O NIT: 805027261 3

DIRECCIÓN: CR 12 E 50 18 CIUDAD: CALI TEL. 6024411914

| VIGENCIA |    |      |      | VALOR ASEGURADO EN PESOS |    |                   |      |
|----------|----|------|------|--------------------------|----|-------------------|------|
| DD       | MM | AAAA |      | DD                       | MM | AAAA              |      |
| DESDE    | 01 | 01   | 2019 | HASTA                    | 31 | 01                | 2022 |
|          |    |      |      | ANTERIOR                 |    | ESTA MODIFICACIÓN |      |
|          |    |      |      |                          |    | NUEVA             |      |
|          |    |      |      |                          |    | 14,000,000.00     |      |

| INTERMEDIARIO |                        | COASEGURO |   |  |  | PRIMA             |            |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|--|-------------------|------------|
| %PART         | NOMBRE                 | COMPañIA  | % |  |  | TRM               | VALORES    |
| 100.00        | A. SAAVEDRA SAAVEDRA Y |           |   |  |  | 3,241.20          |            |
|               |                        |           |   |  |  | PRIMA             | PESOS      |
|               |                        |           |   |  |  |                   | 74,082.00  |
|               |                        |           |   |  |  | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS      |
|               |                        |           |   |  |  |                   | 12,000.00  |
|               |                        |           |   |  |  | IVA               | PESOS      |
|               |                        |           |   |  |  |                   | 16,356.00  |
|               |                        |           |   |  |  | TOTAL             | 102,438.00 |

| AMPAROS                                  |  | VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE |        |
|------------------------------------------|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------|
|                                          |  | Desde      | Hasta      |                                   |                                |                      | %         | Mínimo |
| CUMPLIMIENTO DE CONTRATO                 |  | 01-01-2019 | 31-07-2019 | 0.00                              | 7,000,000.00                   | 20,000.00            | 0.00      | 0.00   |
| PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, IN |  | 01-01-2019 | 31-01-2022 | 0.00                              | 7,000,000.00                   | 54,082.00            | 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 No. 1-05-02-013-2019 EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO SINDICAL ES PRESTAR APOYO AL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL SUBPROCESO DE ATENCIÓN MEDICA AMPLIADA (ATENCIÓN PRIORITARIA) DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO ESE.

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 SATISFACCIÓN 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 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 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 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 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 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.

María Juana Herrera Rodríguez  
CC: 52.420.596



(415)770998911901(8020)0360114592

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

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

Wed, 7 May 2025 12:33:48