

Señor

JUEZ 25 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

E.

S.

D.

21439 25-AUG-'17 16:04

PROCESO: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA-
DEMANDANTE: MARTHA LEONOR GUZMAN CORDOBA Y OTROS
DEMANDADOS: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MÉDICA
ESPECIALIZADA MEGACOOOP EN LIQUIDACIÓN.
RADICACION: 11001310503520170009100.

Respetados señores:

JOSÉ MANUEL URUEÑA FORERO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.083.727 de Bogotá, con Tarjeta Profesional 139.525 del C S. de la J., obrando en nombre y representación de la **Cooperativa de Trabajo de Asociado Médica Especializada MEGACOOOP EN LIQUIDACION**, representada legalmente por la señora **DIANA MARCELA BERMUDEZ ROJAS**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.573.428 de Girardot, mediante el presente documento me permito presentar **LLAMAR EN GARANTIA** a la Compañía de Seguros **CONFIANZA S.A.**, persona jurídicas representada por quienes ejerzan su representación legal al momento de la notificación del llamamiento, con fundamento en los siguientes argumentos:

HECHOS.

Primero. En el presente proceso se la declaratoria de una presunta relación laboral entre las demandantes y la entidad que represento y, como consecuencia de ello, se solicita el pago de unos conceptos laborales.

Segundo. La COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEDICA ESPECIALIZADA MEGACOOOP -hoy En liquidación- en su condición de contratista, celebró con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA -UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT-, contrato de prestación de servicios médicos profesionales No. 004 de 2014, en los términos del documento aportado al proceso.

Tercero. En virtud de lo anterior, la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEDICA ESPECIALIZADA MEGACOOOP -EN LIQUIDACION-" constituyó con la compañía de seguros **CONFIANZA S.A.**, póliza Unica de cumplimiento a favor de entidades estatales No. GU030815 del 13 de enero de 2014, con el fin de amparar riesgos los posibles perjuicios ocasionados con la ejecución de las actividades contratadas, entre los cuales se encuentra el PAGO DE SLARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES.

Cuarto. De la misma manera, la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEDICA ESPECIALIZADA MEGACOOOP -hoy En liquidación- en su condición de contratista, celebró con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA -UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT-, contrato de prestación de servicios médicos profesionales No. 127 de 2015, en los términos del documento aportado al proceso.

Quinto. En virtud de lo anterior, la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEDICA ESPECIALIZADA MEGACOOOP -EN LIQUIDACION-" constituyó con la compañía de seguros **CONFIANZA S.A.**, póliza Unica de cumplimiento a favor de entidades estatales No. GU034713 del 5 de Febrero de 2015, con el fin de amparar riesgos los posibles perjuicios ocasionados con la ejecución de las actividades contratadas, entre los cuales se encuentra el PAGO DE SLARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES.

Sexto. En virtud del contrato mencionado en el hecho anterior, la compañía de seguros **CONFIANZA S.A.**, debe responder por los posibles perjuicios ocasionados al demandante, como consecuencia de su obligación legal (artículo 1494 del C.C.) y contractual.

PRETENSIONES.

Solicito del Despacho que en el evento que se produzca alguna condena en contra de la **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEDICA ESPECIALIZADA MEGACOOOP -EN LIQUIDACION-**, se tenga como responsable a la compañía de seguros **CONFIANZA S.A.**, conforme los hechos expuestos en el presente documento.

MEDIOS DE PRUEBA.

DOCUMENTALES.

1. Sírvase señor juez tener como medios de prueba todas las documentales obrantes en el expediente principal, en especial, los contratos de prestación de servicios celebrados entre mi representada y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA**.

ADJUNCION DE DOCUMENTALES.

- 1.- Copia de la póliza Unica de cumplimiento y sus prorrogas a favor de entidades estatales No. GU030815 del 13 de enero de 2014.
- 2.- Copia de la póliza Unica de cumplimiento y sus prorrogas a favor de entidades estatales No. GU034713 del 5 de Febrero de 2015.

FUNDAMENTOS DE DERECHOS.

El presente llamamiento se efectúa con fundamento en lo dispuesto por el artículo 64 del C.G. del P.

ANEXOS.

- 1.- Copia del presente escrito con sus anexos para el archivo.
- 2.- Copia del presente escrito con sus anexos para el traslado (1).

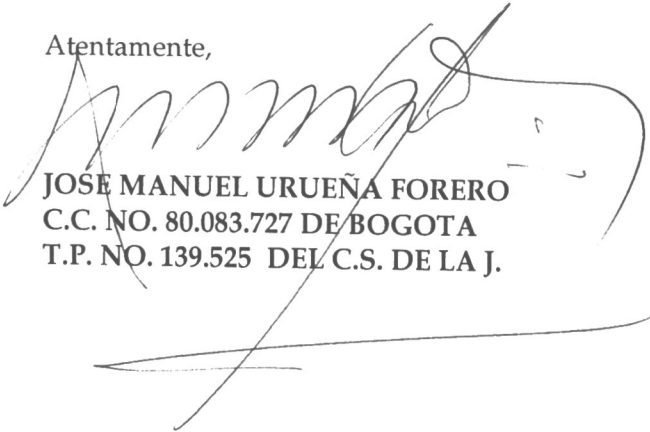
NOTIFICACIONES.

La entidad que represento recibirá notificaciones en la Cra. 7 A No. 21 A -53 de la ciudad de Girardot.

El suscrito apoderado en la calle 16 No. 11-82 oficina 210 de la ciudad de Girardot.

El llamado en Garantía Compañía de seguros **CONFIANZA** en la calle 582 No. 11-37 Piso 7 Bogotá.

Atentamente,


JOSE MANUEL URUEÑA FORERO
C.C. NO. 80.083.727 DE BOGOTA
T.P. NO. 139.525 DEL C.S. DE LA J.



CONFIANZA
COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS

NIT. 860.970.374-9

**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

POLIZA 17 GU030815
CERTIFICADO 17 GU056004

Página 1

SUCURSAL 17. IBAGUE USUARIO PADILLA1 TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICIÓN 13 01 2014

TOMADOR/GARANTIZADO: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEGACOO		C.C. o NIT: 808003924 5	
DIRECCION: GIRARDOT		CIUDAD: GIRARDOT	
E-MAIL:		TELEFONO: 0	
ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E		C.C. o NIT: 899999032 5	
DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55		CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075	
BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E		C.C. o NIT: 899999032 5	
DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55		CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075	
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO	
DESDE 08 01 2014 HASTA 08 11 2017		ANTERIOR ESTA MODIFICACION NUEVA	
		11,700,000,000.0	
INTERMEDIARIO		COASEGURO	
PRIMA		PRIMA	
VALOR ASEGURADO		PRIMA	
MONEDA		PESOS	
PRIMA NETA		91,810,274.0	
GAST. EXPED		10,000.00	
IVA		14,691,244.00	
TOTAL		106,511,518.00	

Clase de Contrato : Prestación de Servicios Médicos Y de Salud

OBJETO DE LA GARANTIA: AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro. 004 DE 2014 DE FECHA 08 DE ENERO DE 2014, CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA PRESTAR SUS SERVICIOS COMO OPERADOR PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS EMPRESARIALES ESPECIALIZADOS EN EL AREA DE LA SALUD HUMANA, APOYO DIAGNOSTICA, TERAPEUTICO, APOYO LOGISTICO DE ASESORIA ORGANIZACIONAL Y SERVICIOS A FINES Y COMPLEMENTARIOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT Y LOS PUESTOS DE SALUD DEPENDIENTES DE ESTA UNIDAD LA CUA ES ADMINISTRADA Y OPERADA POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y DEMAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL MISMO.

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR	VALOR ASEGURADO NUEVO	VALOR PRIMA
	Desde	Hasta			
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	08-01-2014	08-01-2015		3,900,000,000.00	19,500,000.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDE	08-01-2014	08-11-2017		1,950,000,000.00	18,698,630.00
CALIDAD DE SERVICIO	08-01-2014	08-11-2015		5,850,000,000.00	53,611,644.00

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.

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 EXPIDAN 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - I.V.A. - REGIMEN COMUN - AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

RES. DIAN NO. 91000072362 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 053056 AL 100.000

SU-FO-01-10

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

SEGUNDA COPIA INTERMEDIARIO

GL-FO-25-03



**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

POLIZA 17 GU030815
CERTIFICADO 17 GU056707

Página 2

CONFIANZA

REG. 301893749

SUCURSAL 17. IBAGUE

USUARIO PADILLAI

TIP CERTIFICADO

Modificacion

FECHA EXPEDICIÓN

06 02 2014

TOMADOR/GARANTIZADO: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEGACORP

C.C. o NIT

8080039245

DIRECCION: GIRARDOT

CIUDAD:

GIRARDOT

E-MAIL:

TELEFONO:

0

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.

C.C. o NIT

8999990325

DIRECCION: Cta. 8 No. 0 - 55

CIUDAD: BOGOTA DC

TEL. 4077075

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.

C.C. o NIT

8999990325

DIRECCION: Cta. 8 No. 0 - 55

CIUDAD: BOGOTA DC

TEL. 4077075

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO	
DESDE	HASTA	ANTERIOR	NUEVA
08 01 2014	08 11 2017	9,750,000,001.00	9,750,000,001.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA
PAET.	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA
100.	ROBLEDO VELEZ MARGARITA MARI TOTAL			

PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDE:	08-01-2014; 08-01-2014;	1.00;	1.00;
CALIDAD DE SERVICIO	08-01-2014; 08-11-2015;	5,850,000,000.00;	5,850,000,000.00;

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.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN ME CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MITADEPTACION 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 EXPIDAN 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 1985.

LAS ORATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO AGRAVARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - I.V.A. - REGIMEN COMUN - AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

RES. DIAN NO. 310000072362 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 053056 AL 100.000

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

07-02-2014
4C4MHYOC

BU-FO-01-10

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE



**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

POLIZA 17 GU030815
CERTIFICADO 17 GU061249

Página 2

CONFIANZA

NIT. 860.070.3749

SUCURSAL 17. IBAGUE

USUARIO PADILLA

TIP CERTIFICADO

Modificación

FECHA EXPEDICIÓN 30 10 2014

TOMADOR/GARANTIZADO: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEGACORP C.C. - NIT. 900039245

DIRECCION: GIRARDOT

CIUDAD: GIRARDOT

E-MAIL:

TELEFONO: 0

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. C.C. - NIT. 8999900225

DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55

CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. C.C. - NIT. 8999900225

DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55

CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO		
DESDE	HASTA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACION	NOUEVA
28 10 2014	02 01 2016		9,750,000,001.00	2,537,499,999.00	12,287,500,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA	
PAET.	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
100	ROBLERO VELEZ MARGARITA MARI	TOTAL			

Y SERVICIOS A FINES Y COMPLEMENTARIOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT Y LOS PUESTOS DE SALUD DEPENDIENTES DE ESTA UNIDAD LA CUA ES ADMINISTRADA Y OPERADA POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y DEMAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL MISMO.

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR	VALOR ASEGURADO NUEVO	VALOR PRIMA
	Desde	Hasta			
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	28-10-2014	02-04-2015	3,900,000,000.00	4,915,000,000.00	5,000,548.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDE	28-10-2014	28-10-2014	1.00	-1.00	2,920,000.00
CALIDAD DE SERVICIO	28-10-2014	02-01-2016	5,850,000,000.00	7,372,500,000.00	13,396,541.00

ESTA POLIZA SE EMITE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

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 EXPIRA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPANIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.

LAS CARATULAS EMENDAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - I.V.A. - REGIMEN COMUN - AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

RES. DIAN NO. 310000072362 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000003 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 053056 AL 100.000

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogota, D.C. - Colombia

30-10-2014
6GPF2PQC

SU-PO-01-18



**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

POLIZA 17 GU030815
CERTIFICADO 17 GU062594

Página 1

CONFIANZA
NIT. 800.070.374-0

SUCURSAL 17. IBAGUE USUARIO PADILLA1 TIP CERTIFICADO Modificación FECHA EXPEDICIÓN 07 01 2015

TOMADOR/SEGUANTIZADO COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MECANODIE C.C. - NIT. 800.070.374-0
DIRECCION: GIRARDOT CIUDAD: GIRARDOT
E-MAIL: TELEFONO: 0

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.P. C.C. - NIT. 800.070.374-0
DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55 CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.P. C.C. - NIT. 800.070.374-0
DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55 CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO		
DESDE	03/01/2015	HASTA	31/01/2016	
		ANTERIOR	ESTA MODIFICACION	NOVA
		12,287,500,000.00	772,500,000.00	13,060,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGUERO		PRIMA	
PAQU.	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
100.	ROBLEDO VELEZ MARGARITA MARJ TOTAL				
				MONEDA	PESOS
				PRIMA NETA	7,697,192.00
				GAST. EXPED	
				IVA	1,231,551.00
				TOTAL	8,928,743.00

Decreto que aplica

Clausa de Contrato: Prestación de Servicios Médicos Y de Salud

FECHA EMISION 06/01/2015

VIGENCIA TOTAL DESDE 08/01/2014 HASTA 31/01/2016

OBJETO DE LA MODIFICACION: SEGUN ACTA 08 SE ADICIONA EL VR. DEL CONTRATO EN LA SUMA DE \$1.545.000.000 Y SE PRORROGA LA VIGENCIA HASTA 31 DE ENERO DE 2015.

OBJETO DE LA MODIFICACION: AJUSTA la vigencia para el amparo de cumplimiento de acuerdo con lo estipulado en el contrato inicial siendo correcto la vigencia del contrato y tres (3) meses mas.

OBJETO DE LA MODIFICACION: SEGUN ACTA NO. 01 DE ENERO 15 DE 2014 SE EXCLUYE EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES TENIENDO EN CUENTA QUE EL PERSONAL VINCULADO A LA COOPERATIVA ES ASOCIADO Y NO MANTIENTENE NINGUNA RELACION CONTRACTUAL POR LO ANTERIOR SE ACLARA LA CLAUDULA NOVENA DEL CONTRATO (GARANTIAS) INCISO 3. SALDO PARA CRUZAR CON EL CR. GU056004.

OBJETO DE LA GARANTIA: AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.004 DE 2014 DE FECHA 08 DE ENERO DE 2014, CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR

ESTA POLIZA SE EMITE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN ME CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA ME ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE IMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MEDICUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. LA PRESENTE GARANTIA NO SUPLENIEN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CIRCUNSTANCIAS O AMOROS QUE SE EMITA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPANIA, DE CONFORMIDAD CON LO PRESTADO EN EL NUMERAL 13 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 86 DE 1993. LAS CANTIDADES ENVIADAS VIA MAIL, TIENEN PRIMARIA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACUSEARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL PAGO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN ME CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFFICIENTEMENTE 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 PRENIA 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. AUTORIZACION DATOS PERSONALES DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN ME CALIDAD DE TOMADOR Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN LAS CUALIDADES ANTERIORES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE ME AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SIGUIENTES: AS COMO ME 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. LOS PAGOS EN DOLARES SE HAN DE HACER MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA O CHEQUE. SON LOS GRANDES CONTRIBUYENTES DEL IVA (CONTRIBUYENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C. SEGURO 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.

RES. DIAN NO. 310000072362-15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG. 053058 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

90-90-01-02

TOMADOR

AE0GPNV2

07-01-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:
Calle 51 N° 11 - 57 Fm 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE



**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

Decreto 1510 de 2013

POLIZA 17 GU034713
CERTIFICADO 17 GU063001

Página 1

CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

SUCURSAL	17. IBAGUE	USUARIO	PADILLA1	TIP CERTIFICADO	Nuevo	FECHA EXPEDICIÓN	DD MM AAAA 05 02 2015
TOMADOR/GARANTIZADO: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEGACOOOP						C.C. o NIT:	808003924 5
DIRECCION: GIRARDOT						CIUDAD:	GIRARDOT
E-MAIL:						TELEFONO:	0
ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.						C.C. o NIT:	899999032 5
DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55						CIUDAD:	BOGOTA DC TEL. 4077075
BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.						C.C. o NIT:	899999032 5
DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55						CIUDAD:	BOGOTA DC TEL. 4077075
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO			
DESDE 30 01 2015 HASTA 30 12 2018				ANTERIOR ESTÁ MODIFICACION NUEVA 12,265,000,000.00			
INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
% PART.	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	MONEDA	PESOS
	ROBLEDO VELEZ MARGARITA MARI TOTAL						
						PRIMA NETA	83,151,507.00
						GAST. EXPED	10,000.00
						IVA	13,305,241.00
						TOTAL	96,467,348.00

Clase de Contrato: Prestación de Servicios Médicos Y de Salud

OBJETO DE LA GARANTIA: AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 127 DE 2015-UF DE FECHA 30 DE ENERO DE 2015 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON EJECUTAR POR PARTE DEL CONTRATISTA LAS ACTUACIONES CORRESPONDIENTES PARA PRESTAR SUS SERVICIOS COMO OPERADOR PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS EMPRESARIALES ESPECIALIZADOS EN EL AREA DE LA SALUD HUMANA, APOYO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO, APOYO LOGISTICO DE ASESORIA ORGANIZACIONAL Y SERVICIOS A FINES Y COMPLEMENTARIOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT Y LOS PUESTOS DE SALUD DEPENDIENTES DE ESTA UNIDAD LA CUAL ES ADMINISTRADA U OPERADA POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, ORGANIZACION EN PROCESOS Y/O SUBPROCESOS.

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR	VALOR ASEGURADO NUEVO	VALOR PRIMA
	Desde	Hasta			
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	30-01-2015	30-04-2016		4,460,000,000.00	27,859,726.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDE	30-01-2015	30-12-2018		1,115,000,000.00	21,841,781.00
CALIDAD DE SERVICIO	30-01-2015	30-01-2016		6,690,000,000.00	33,450,000.00

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 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 EXPIDAN 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.

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.

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 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, 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A.-BOGOTEN 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 SEGURO PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072362 15-08-2013

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 053056 AL 100.000

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-01-02

TOMADOR

MEGNXX0E

05-02-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

**CONFIANZA**Swiss Re
Corporate Solutions**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

POLIZA 17 GU034713

CERTIFICADO 17 GU068803

Página 2

NIT 880.070.174-9

Decreto 1510 de 2013

SUCURSAL 17. IBAGUE USUARIO BARRIOSN TIP CERTIFICADO Modificacion FECHA EXPEDICIÓN 18 12 2015

TOMADOR/GARANTIZADO: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEGACOOOP C.C. o NIT: 808003924 5

DIRECCION: GIRARDOT CIUDAD: GIRARDOT

E-MAIL: TELEFONO: 0

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. C.C. o NIT: 899999032 5

DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55 CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. C.C. o NIT: 899999032 5

DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55 CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO		
DESDE	14 12	2015	HASTA	05 01	2019	ANTERIOR
						12.265.000.000.00
				ESTA MODIFICACION		NUEVA
				953.150.000.00		13.218.150.000.00
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		
PART.	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	
100	ROBLEDO VELEZ MARGARITA MARI	TOTAL				

DEL SERVICIO: EL AMPARO DE CALIDAD INICIA VIGENCIA POR EL TÉRMINO DE UN (1) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN A DE RECIBO Y ENTREGA FINAL DEL OBJETO CONTRACTUAL A ENTERA SATISFACCIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE LO CUAL DEBERÁ SER REPORTADO OPORTUNAMENTE Y POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA".

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA
	Desde	Hasta	ANTERIOR	NUEVO	
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	14-12-2015	06-05-2016	4.460.000.000.00	4.806.600.000.00	1.050.279.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDE	14-12-2015	05-01-2019	1.115.000.000.00	1.201.650.000.00	1.418.694.00
CALIDAD DE SERVICIO	14-12-2015	05-02-2016	6.690.000.000.00	7.209.900.000.00	927.325.00

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 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.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARA 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 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 DATOS PERSONALES 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 OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA S.A EN TODO EL PAIS.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE TOMADOR Y/O 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

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.

RES. DIAN NO. 310000086923 11-08-2015 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG. 066174 AL 100.000 CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-01-02

TOMADOR

FHA59TRU

18-12-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:

Calle 82 N° 14-37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE



**GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

POLIZA 17 GU034713
CERTIFICADO 17 GU069306

Página 2

NIT: 880.070.374-9

Decreto 1510 de 2013

SUCURSAL 17. IBAGUE USUARIO BARRIOSN TIP CERTIFICADO Modificacion FECHA EXPEDICIÓN 12 01 2016

TOMADOR/GARANTIZADO: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MEGACOOOP C.C. o NIT: 808003924 5

DIRECCION: GIRARDOT CIUDAD: GIRARDOT

E-MAIL: TELEFONO: 0

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. C.C. o NIT: 899999032 5

DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55 CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. C.C. o NIT: 899999032 5

DIRECCION: Cra. 8 No. 0 - 55 CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 4077075

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO		
DESDE	HASTA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACION	NUEVA
06 01 2016	31 03 2019		13,218,150,000.00	3,850,000,000.00	17,068,150,000.00

INTERMEDIARIO	COASEGURO			PRIMA
---------------	-----------	--	--	-------

PART. NOMBRE COMPAÑIA % PRIMA VALOR ASEGURADO

ROBLEDO VELEZ MARGARITA MARI TOTAL

AD DEL SERVICIO : EL AMPARO DE CALIDAD INICIA VIGENCIA POR EL TÉRMINO DE UN (1) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN
ACTA DE RECIBO Y ENTREGA FINAL DEL OBJETO CONTRACTUAL A ENTERA SATISFACCIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE LO CUAL DEBERÁ
SER REPORTADO OPORTUNAMENTE Y POR ESCRITO A LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA".

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA
	Desde	Hasta	ANTERIOR	NUEVO	
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	06-01-2016	31-07-2016	4,806,600,000.00	6,206,600,000.00	9,632,433.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDE	06-01-2016	31-03-2019	1,201,650,000.00	1,551,650,000.00	7,056,716.00
CALIDAD DE SERVICIO	06-01-2016	31-03-2016	7,209,900,000.00	9,309,900,000.00	7,877,322.00

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.
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 ELA 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.
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.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: 1) TOMADOR Y/O, 2) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE
POLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE
CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN 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.
LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-LVA-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."

RES. DIAN NO. 310000086923 11-08-2015 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000
NUMERACION HABILITADA DE SEG: 066174 AL 100.000 CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-01-02

TOMADOR

DV55DOEL

12-01-2016

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:
Calle 82 N° 44-37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE