SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

P. Jurídica

ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS

Entre las partes suscribientes del presente Acuerdo, por una parte, **JHON FREDY MONTOYA VELASQUEZ** identificado como aparece al pie de la firma, actuando en mi propio nombre y en representación de la sociedad **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** identificada con NIT **891480036-6** quien en adelante se denominará **EL DEUDOR** y por la otra **SEGUROS DEL ESTADO S.A** sociedad identificada con **NIT No. 860.009.578- 6,** quién en adelante se denominará **LA ASEGURADORA** hemos convenido celebrar el presente **ACUERDO DE PAGO DE PRIMA**, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. **LA ASEGURADORA** emitió a favor de **EL DEUDOR** las siguientes pólizas, las cuales originaron primas de seguros, por los valores que a continuación se detalla.

Ramo	Sucursal	Póliza	End	Vig Desde	Vig Hasta	Emitida	Total Emitida	Total Cartera
23 - PYME	55 - PEREIRA	101000543	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	104,628,390	104,628,390
3 - R. C. PROFESIONAL	55 - PEREIRA	101009507	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	101,482,800	101,482,800
3 - R. C. PROFESIONAL	55 - PEREIRA	101009508	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	101,482,800	101,482,800
49 - AUTOMOVILES LIV. COL	55 - PEREIRA	101002115	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	50,722,759	50,722,759
1 - R. CIVIL	55 - PEREIRA	101000398	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	33,926,900	33,926,900
2 - R. CIVIL EXTRAC.	55 - PEREIRA	101001639	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	19,040,000	19,040,000
71 - VIDA GRUPO	55 - PEREIRA	1000000233	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	11,227,818	11,227,818
42 - MANEJO	55 - PEREIRA	101000714	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	6,556,900	6,556,900
14 - TRANSP DE MERCANCIAS	55 - PEREIRA	101000148	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	2,748,900	2,748,900
13 - TRANSP. DE VALORES	55 - PEREIRA	101000031	0	31/01/2025	31/01/2026	31/01/2025	916,300	916,300
							$432,733,567	$432,733,567

SOAT : $7.266.400

2. El valor total de las primas de seguros correspondientes a las pólizas indicadas en el numeral anterior, incluyendo gastos de expedición e IVA, corresponde a la suma de **CUATROSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES, NOVESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL, NOVESCIENTOS SESENTA Y SIESTE PESOS M/CTE ($439.999.967)**.

Con fundamento en las anteriores consideraciones. EL DEUDOR y LA ASEGURADORA celebran el presente ACUERDO DE PAGO, el cual se regirá por las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA: EL DEUDOR, efectuará el pago a LA ASEGURADORA de la suma indicada en el numeral 2. Anterior, por concepto de primas causadas por la expedición de las pólizas de seguros mencionadas en numeral 1. del capítulo de “CONSIDERACIONES”, en las fechas y por los valores que a continuación se señalan:

No. CUOTA	FECHA DE PAGO	VALOR
1	28/02/2025	$146.666.656
2	30/03/2025	$146.666.656
3	30/04/2025	$146.666.655
	TOTAL A PAGAR	**$439.999.967**

SEGUNDA: EL DEUDOR, se compromete a efectuar el pago total de las primas de seguros dentro de los términos del Contrato de Seguro, o en su defecto **LA ASEGURADORA** dará aplicación al **Artículo 1068 del Código de Comercio** que expresa: "La mora en el pago de la prima de la póliza o de sus certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derechoal asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

TERCERA: EL DEUDOR Autoriza a **SEGUROS DEL ESTADO S.A**. para dar por terminado el plazo de esta obligación y cobrar a EL DEUDOR judicial o extrajudicialmente, parcial o totalmente si se presenta incumplimiento de una o más de las obligaciones estipuladas en la cláusula PRIMERA de este acuerdo, o si EL DEUDOR se declara enquiebra, se somete a proceso concordatario, convoque a concurso de acreedores o solicite la reestructuraciónde créditos.

CUARTA: En todo caso, si **EL DEUDOR** presenta mora en el pago de la obligación contenida en cualesquiera de los títulos valores relacionados en la CLÁUSULA PRIMERA o para la efectividad de este acuerdo, reconocerá a **LA ASEGURADORA,** los gastos de cobranza en que incurriere, sin perjuicio de la extinción del plazo y exigibilidad del pago anticipado de la deuda.

QUINTA: EL DEUDOR, autoriza de manera permanente o irrevocable a **LA ASEGURADORA** con la firma del presente documento, a consultar y suministrar datos positivos y negativos a las Centrales de Riesgo de sucomportamiento comercial, crediticio y financiero en el evento de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente **ACUERDO DE PAGO.**

SEXTA: EL DEUDOR autoriza de manera permanente e irrevocable a **SEGUROS DEL ESTADO S.A** a suministrar los datos personales relacionados con la expedición de la póliza afectada, los valores adeudados y el trámite de siniestro, a los apoderados externos que se designen para el cobro prejudicial y judicial en el evento de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente **ACUERDO DE PAGO**.

SÉPTIMA: para los efectos legales y en especial para las notificaciones, se fija como domicilio de las partes la ciudad de **SANTA ROSA**.

LOS DEUDORES autorizan de manera permanente e irrevocable a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.,** a suministrar los datos personales relacionados con la expedición de la póliza afectada y el trámite del siniestro, a los apoderados externos que se designen para el cobro prejudicial y judicial, en el evento de incumplimiento de las obligaciones contenidas en este documento.

LOS DEUDORES autorizan la consulta, reporte y procesamiento de datos financieros en las centrales de riesgos: El abajo firmante, en su propio nombre o en nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, o a quien la represente para: **a**. Consultar en cualquier tiempo, o en cualquier base de datos manejada por un operador de información financiera y crediticia, toda la información relevante para conocer la viabilidad para entablar o mantener una relación contractual o para cualquier otra finalidad. **b.** Reportar a cualquier base de datos manejada por un operador de datos, tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones contractuales y crediticias. **c.** Así mismo autoriza el uso resguardando de su información en base de datos para ser tratada como fuente de búsqueda, contacto y notificación en caso de futuros requerimientos.

Teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1581 de 2012, **Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A.**, quedan autorizadas de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada; para que puedan recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, y en general dar Tratamiento, a los datos que han sido suministrados por quienes firmamos este documento y que se incorporen tales datos en las distintas bases de datos con que cuentan las Compañías.

LOS DEUDORES autorizan de manera expresa que dichos datos sean tratados conforme a los establecido por la Ley. En consecuencia, **SEGUROS DEL ESTADO S.A**, realizará dicho tratamiento de la información conforme a su política de tratamiento de datos personales la cual podrá ser consultada por **EL DEUDOR** en la página h+ttps://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

LOS DEUDORES autorizan de manera permanente e irrevocable a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.,** para que, en virtud de la obligación aquí pactada, el Acreedor los contacte, con el fin de realizar el seguimiento del pago de la obligación adquirida, dicho contacto podrá realizarse dentro de la semana de la fecha de pago, en los medios aquí indicados y en todos aquellos datos de contacto que en virtud de la actualización o investigación de datos se adquiera, para lo cual dispone de los siguientes canales:

Teléfono: **3155342663**
Correo electrónico: **gerente@hospisantarosadecabal.gov.go**
Mensajes de texto: **3155342663**
WhatsApp: **3155342663**
Dirección de correspondencia: **Cll 14 – Cll29 y 30 Santa Rosa**

En constancia de lo anterior y en señal de aceptación, se firma el presente ACUERDO DE PAGO en ciudad de **Santa Rosa** a los **13** días del mes del mes **FEBRERO** del año **2025**.

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

EL DEUDOR

Nombre: _____

RL. John Fredy Montoya Velasquez

Cédula No. 9763425

Teléfono: 3216437383

Celular No. 3216437383

Huella



LA ASEGURADORA.

_____