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, John 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 Emitido	Total Cartera
3 - R. C. PROFESIONAL	55 - PEREIRA	101010874	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	224,682,919	224,682,919
23 - PYME	55 - PEREIRA	101000744	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	104,621,195	104,621,195
49 - AUTOMOVILES LIV. COL	55 - PEREIRA	101002299	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	56,149,793	56,149,793
1 - R. CIVIL	55 - PEREIRA	101000626	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	37,556,400	37,556,400
2 - R. CIVIL EXTRAC.	55 - PEREIRA	101001893	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	21,539,000	21,539,000
42 - MANEJO	55 - PEREIRA	101000921	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	6,925,800	6,925,800
14 - TRANSP DE MERCANCIAS	55 - PEREIRA	101000301	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	2,856,000	2,856,000
13 - TRANSP. DE VALORES	55 - PEREIRA	101000185	0	31/01/2026	31/01/2027	30/01/2026	952,000	952,000
							$455,283,108	$455,283,108

Soat: Los de Ley: $6.802.113
Total: $462.085.221

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 SESENTA Y DOS MILLONES, CERO OCHENTA Y CINCO MIL, DOSCIENTOS VEINTI UN PESOS M/CTE ($462.085.221)**.

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	28/02/2026	$154.028.407
2	30/03/2026	$154.028.407
3	30/04/2026	$154.028.407
	TOTAL A PAGAR	$462.085.221

SEGUNDA: EL DEUDOR, se compromete a efectuar el pago total de las primas de seguros dentro de los términos del Contrato de Seguro y conforme a las políticas de recaudo y medios de pago establecidos con la **ASEGURADORA.**

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 reestructuración de 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 **PEREIRA**.

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 lo 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: 3116399637
Correo electrónico: financiera@hospisantarosadecabal.gov.co - contabilidad@hospisantarosadecabal.gov.co
Mensajes de texto: _____
WhatsApp: 3116399637
Dirección de correspondencia: Carrera 14 entre calles 29 y 30 Santa Rosa de Cabal

En constancia de lo anterior y en señal de aceptación, se firma el presente ACUERDO DE PAGO en ciudad de Santa Rosa de Cabal a los 18 días del mes del mes 02 del año 2026.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

EL DEUDOR

Nombre: John Fredy Montoya Velasquez

RL.

Cédula No. 9763425

Teléfono: 321 643 7383

Celular No. 321 643 7383

Huella

LA ASEGURADORA.