NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5605749539

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000217 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA			COD. AGE: 560			RAMO: 80			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
03	01	2019	31	12	2018	23:59	31	01	2019	23:59	31	12	2024	
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	31	12	2018	23:59	31	01	2019	23:59	31
	VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 NO. 7-29** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETÁ** TELÉFONO: **84343509**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-5**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 NO. 7-29** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETÁ** TELÉFONO: **84343509**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA** NIT : **891180098**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETÁ** CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCION: **DIAGONAL 20 NO. 7-93 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

TIPO EDIFICIO: **NO APLICA PARA ESTE RAMO** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		\$ 200,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		200,000,000.00		

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

VIENE DE LA POLIZA **994/184**

SE PRORROGA **1 MES** SEGUN SOLICITUD DEL ASEGURADO

AMPARO **BASICO**

La aseguradora se obliga, bajo las condiciones de esta póliza, a indemnizar los perjuicios patrimoniales por responsabilidad civil extracontractual en que incurra el asegurado de acuerdo con la ley colombiana, derivada de daños a los bienes y lesiones corporales a terceros, ocurridas en el desarrollo normal de las actividades inherentes al asegurado, dentro de los predios descritos en la póliza.

AMPAROS **ADICIONALES**

Estos no podrán exceder los límites de responsabilidad indicados en la carátula de la póliza, son sublimitados y hacen parte del valor asegurado de la cobertura de RCE y no en exceso a ella:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***200,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****484,789	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,211.00	IVA: \$ *****95,000	TOTAL A PAGAR: \$ *****595,000
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
CONSULTORES INTEGRALES ASOCIADOS DE	6624	100.00	ALLIANZ	50.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000560574953

FIRMA TOMADOR LUDURAN 0

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

Ahor Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 994000000217 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-5

ASEGURADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-5

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

- o Responsabilidad civil extracontractual patronal: Hasta el 25% del valor asegurado del básico por evento y 50% del valor asegurado del básico por vigencia.
- o Responsabilidad civil extracontractual contratistas y subcontratistas: Hasta el 25% del valor asegurado del básico por evento y 50% del valor asegurado del básico por vigencia.
- o Responsabilidad civil extracontractual parqueaderos: Hasta el 20% del valor asegurado del básico por evento y 40% del valor asegurado del básico por vigencia.
- o Responsabilidad civil extracontractual vehículos propios y no propios: Hasta el 20% del valor asegurado del básico por evento y 40% del valor asegurado del básico por vigencia. Sin exceder la suma de \$500.000.000 por evento y en el agregado anual.
- o Responsabilidad civil extracontractual bienes bajo cuidado tenencia y control: Hasta el 10% del valor asegurado del básico por evento y 30% del valor asegurado del básico por vigencia.
- o Gastos médicos: Hasta el 5% del valor asegurado del básico por evento y 15% del valor asegurado del básico por vigencia.
- o Gastos de defensa: Hasta el 10% del valor asegurado del básico por evento y 20% del valor asegurado del básico por vigencia.

EXCLUSIONES PARTICULARES

En adición a las exclusiones contenidas en la SECCION SEGUNDA de las condiciones generales de la póliza TRDM; para la cobertura de RCE se excluye de manera particular cualquier pérdida y/o daño y/o reclamación y/o gasto que sea o sean causados directa y/o indirectamente "por", o que surjan "de", o estén relacionados "con":

Se excluye de esta cobertura: Hurto y Hurto Calificado, Contaminación y Polución, Actos Terroristas, RC Profesional, RC Contractual, RC Productos, Bienes bajo cuidado tenencia y control, RC por prácticas de laboratorio, RC por prácticas profesionales, RC Medica, RC por suministro de productos y medicamentos, RC derivados de las Empresas de Vigilancia, RC de Directores y Administradores.

CLAUSULAS ADICIONALES

- o Amparo automático para nuevos predios y operaciones: Aviso 30 días.
- o Ampliación aviso de siniestro 10 días. Queda entendido y convenido que aseguradora solidaria de Colombia acepta ampliar el plazo para el aviso de siniestro, al asegurado para reportar la existencia de todo siniestro del que tenga conocimiento, dentro de los 10 días siguientes a la fecha de ocurrencia.
- o Cláusula de arbitramento. En virtud del presente anexo, la Compañía, de una parte, y el Asegurado, Tomador o Beneficiario, de la otra, acuerdan someter a decisión de tres (3) árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con la celebración, ejecución o terminación del contrato de seguro al cual accede este anexo. Los árbitros serán nombrados de común acuerdo por las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por las normas legales vigentes. El fallo será en derecho y el Tribunal tendrá como sede de la ciudad de Bogotá D.C.
- o Designación de ajustadores. Queda entendido, convenido y aceptado que, en caso de siniestro amparado por la póliza a la cual este documento se adhiere, que requiera la designación de perito ajustador, Aseguradora Solidaria de Colombia efectuará su contratación de común acuerdo con el asegurado.
- o Para los casos amparados de Responsabilidad Civil Extracontractual de la Copropiedad en general y los cubiertos bajo el numeral 4.11 de las condiciones generales, el término "tercero" comprende también a los copropietarios, tenedores, arrendatarios o poseedores de cualquiera de las unidades en que se halle dividido el edificio o conjunto inmueble.

DEDUCIBLES

- o Básico: 10% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- o Demás eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- o Gastos médicos: Sin deducible.

LISTADO DE ASEGURADOS
POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **99400000217** ANEXO: **0** TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** PAGINA: **3**
 TOMADOR: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E S E** IDENTIFICACION: **891.180.098-5**

ASEGURADOS							
ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA	891180098-5	DIAGONAL 20 NO. 7-93 0	FLORENCIA	200,000,000.00	484,789	579,789
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						484,789	579,789