

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 80 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 24 02 2021 28 02 2021 23:59 28 11 2021 23:59 05 03 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 28 02 2021 23:59 28 11 2021 23:59 273
 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: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** 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. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**
 ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**
 TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**
 DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA % INVAR SUBLIMITE
 PATRIMONIO DEL ASEGURADO \$ 1,000,000,000.00
 PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 1,000,000,000.00
 DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**
 BENEFICIARIOS
 NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**
 CONDICIONES GENERALES: Para efectos de este seguro, el clausulado que opera es el del seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual de la forma 02/10/2020-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-30-DR01 - V.1 - 02/10/2020-1502-NT-P-06-P021020MGG7G7000
 El clausulado citado lo puede consultar en:
<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/recursos/sitel/General/PJ/PymesEmpresas/Infraestructura/cla-pj-sp-inf-raestructura-seguro-rce-29102020.pdf>

SEDES ASEGURADAS:
 CALLE 3 D NO 8-06 BARRIO PUEBLO NUEVO
 CARRERA 3 NO 5-21 SECTOR CENTRAL
 CARRERA 6 NO 6-62 SECTOR CENTRAL
 DIAGONAL 20 NO 7-29 / DIAGONAL 20 NO 7A-29
 CARRERA 3 NO 4-10 / CALLE 3-13 SECTOR CENTRAL

1. OBJETO DEL SEGURO

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****2,228,832	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,003.00	IVA: \$ *****426,329	TOTAL A PAGAR: \$ *****2,670,164
---	--	---	--------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE RDC SEGUROS LTDA	CLAVE 8714	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO

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 DARÁ 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)0000000000700056065588

FIRMA TOMADOR

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



LIRAMOS 0

CBDE207E0A0AF97657

CLIENTE

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 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

Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sufra el HOSPITAL MARIA INMACULADA como consecuencia de la Responsabilidad Civil Extraccontractual originada dentro o fuera de sus instalaciones, en el desarrollo de sus actividades o en lo relacionado con ella, lo mismo que los actos de sus empleados y funcionarios dentro y fuera del territorio nacional. Nota: Se entenderán como terceros todas y cada una de las personas que circulen, ingresen, accedan o se encuentren en los predios de asegurado, independientemente que el asegurado le esté prestando un servicio objeto de su razón social, bajo la MODALIDAD DE OCURRENCIA.

CONDICIONES OBLIGATORIAS

Todos las cláusulas que otorgan coberturas de gastos adicionales, operan sin aplicación de deducibles.

La Presente póliza opera igualmente en exceso de los amparos de responsabilidad civil contratados en el seguro de automóviles.

Los oferentes deben tener en cuenta para la elaboración de la propuesta, que las condiciones, coberturas básicas para las cuales no se indique sublímite, operaran al 100% del valor asegurado

4. AMPAROS OBLIGATORIOS

Actividades deportivas, eventos sociales y culturales dentro o fuera de los predios. NO

Avisos, vallas y letreros dentro y fuera de los predios. NO

Actos de empleados temporales, transitorios SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Contaminación Accidental súbita e imprevista.(Excluye contaminación paulatina). SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Contratistas y Subcontratistas independientes. Esta cobertura opera en exceso de las pólizas del contratista o subcontratista. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Daño Moral NO

Daños y Lesiones que se causen a bienes y a terceros durante la realización de algun evento, capacitacion, conferencias, etc., durante la vigencia de la póliza. NO

Daños y Hurto de vehiculos de terceros y funcionarios en predios del asegurado SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

"GASTOS DE DEFENSA: La Compañía responderá por la suma asegurada, en los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan en su contra o la del asegurado, con las salvedades siguientes:

Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente señalada en las exclusiones de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa de la compañía, y si la condena por los perjuicios ocasionados a la victima excede la suma que delimita la responsabilidad de la Compañía, ésta sólo responderá por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización" SI - Sublímite \$50.000.000 evento y \$100.000.000 vigencia.

"Gastos médicos, hospitalarios y traslado de victimas incluyendo personal del asegurado.

La compañía cubre, con sujeción a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen por concepto de primeros auxilios inmediatos, servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermedades y drogas, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros en desarrollo de las actividades específicamente amparadas bajo las condiciones particulares de la presente póliza. El amparo que mediante esta sección se otorga es independiente del de Responsabilidad y por consiguiente, los pagos que por dicho concepto se realizan, en ningún caso pueden ser interpretados como aceptación tácita de responsabilidad. " SI - Sublímite \$50.000.000 evento y \$100.000.000 vigencia.

No subrogación a favor de empleados o contratistas NO

Pagos Suplementarios (Presentación de cauciones, Condena en costas e intereses de mora acumulados a cargo del asegurado, demás gastos razonables). SI - Sublímite 20% del límite asegurado evento/vigencia.

Participación del asegurado en Ferias y exposiciones Nacionales y Eventos relacionados con su objeto social NO

Poseción, uso y mantenimiento de depósitos, tanques y tuberías, ubicados o instalados dentro de los predios del asegurado. NO

Predios labores y operaciones, (incluyendo daño y/o perjuicio patrimonial o extrapatrimonial) NO

Operaciones de transporte, cargue y descargue bienes y mercancías, incluyendo aquellos de naturaleza azarosa o inflamable NO

Productos y trabajos terminados: La cobertura del amparo abarca de manera general para la producción, fabricación, suministro o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, para resarcir los daños si estos se producen después de la entrega del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación; en ese sentir, como objetivo misional la Entidad, realiza proyectos y planes y ejecuta actividades, que de una manera u otra, pueden eventualmente afectar a un tercero. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Cualquier gasto que legalmente deba pagar el asegurado, por la responsabilidad que llegare a imputársele en su calidad de propietario, arrendatario o poseedor NO

Responsabilidad civil parqueaderos, incluyendo daños y/o hurto y/o hurto calificado a vehículos y sus accesorios de terceros y funcionarios en predios del asegurado. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Responsabilidad Civil Cruzada (Esta cobertura opera en exceso del valor indemnizado por las pólizas de los contratistas o subcontratistas). El oferente debe contemplar la extensión de la cobertura para aplicar a la responsabilidad civil entre contratistas, dentro del desarrollo de actividades, labores y operaciones para el Hospital maria inmaculada, siempre y cuando la responsabilidad sea o pueda ser imputable a la misma. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Responsabilidad civil del asegurado frente a familiares de los trabajadores. Queda expresamente convenido y acordado que para efectos de este seguro se entenderán como terceros los familiares del personal del asegurado, siempre y cuando los mismos no tengan relación contractual con la Entidad. De igual forma para los efectos de este seguro los niños, niñas y adolescentes, se consideraran terceros.

NO

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 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

Responsabilidad civil generada por un incendio y/o explosión. NO
Responsabilidad Civil Patronal en exceso de la seguridad social SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
Responsabilidad civil por daños, lesiones o muerte a terceros por bienes refrigerados SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
"Responsabilidad civil por daños a bienes de empleados y visitantes, excluyendo dineros y joyas. Para que la cobertura opere se requiere demostrar el ingreso del bien al inmueble a través del registro en portería o mediante cualquier otro medio idóneo.
" 15% del valor asegurado evento/vigencia
Responsabilidad civil por el uso y/o posesión de vehículos propios y no propios, en exceso del límite contratado en la póliza de automóviles y el SOAT, incluidos los vehículos de los funcionarios en desarrollo de actividades para el asegurado. SI - Sublímite 30% del límite asegurado evento/vigencia.
Responsabilidad civil derivada de montajes, construcciones y obras civiles para el mantenimiento, reparación o ampliación de predios NO
Responsabilidad Civil generada por un incendio y/o explosión. NO
Restaurantes, casinos, campos deportivos y cafeterías. NO
Suministro de Alimentos y bebidas a terceros por el asegurado, por contratistas, o por subcontratistas. NO
Uso de armas de fuego y errores de puntería por parte de escoltas, vigilantes, funcionarios, celadores y firmas especializadas; al igual que por el uso de perros guardianes. Nota: En caso de firmas externas, esta cobertura operará en exceso de la póliza exigida para la empresa de vigilancia. R.C. Decreto 356/94 NO
Uso de ascensores, elevadores, escaleras automáticas, montacargas, grúas, puentes grúas, equipos de trabajo y de transporte dentro o fuera de los predios NO
Uso de maquinaria y equipos de trabajo dentro y fuera de los predios del asegurado NO
Viajes de funcionarios del asegurado dentro del territorio nacional o en cualquier parte del mundo cuando en desarrollo de actividades inherentes al asegurado causen daños a terceros. Excluye responsabilidad civil profesional. NO
Viajes de funcionarios en comisión o estudio nacional o en el exterior. NO

5. CLÁUSULAS OBLIGATORIAS

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PREDIOS, OPERACIONES Y/O ACTIVIDADES Queda entendido, convenido y aceptado que no obstante lo que en contrario se diga en las condiciones generales de la póliza, el presente anexo extiende la cobertura automática del seguro, en los mismos términos y limitaciones establecidas en esta póliza, para amparar la responsabilidad civil extracontractual para todo nuevo predio, operación, uso, posesión y/o actividades creadas por el asegurado en nuevos predios que adquiera o sobre los cuales obtenga el dominio o control, obligándose a informar a la compañía dentro de los 120 días siguientes a la creación. La prima adicional se liquidará con base en las tasas contratadas. Si vencido este plazo no se ha informado a la Compañía, cesará el amparo. Sublímite \$250.000.000 evento / \$ 500.000.000 vigencia

AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO Por medio de la presente cláusula y no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, el asegurado podrá dar aviso de la ocurrencia del siniestro en un término de 60 días, siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo.

ARBITRAMIENTO O CLÁUSULA COMPROMISORIA "El asegurado y la Compañía convienen en someter a un Tribunal de Arbitramento las diferencias que surjan con motivo de la aplicación de las cláusulas y condiciones de esta póliza y a no intentar demanda o acción alguna de otra naturaleza.

El Tribunal tendrá como sede la ciudad de suscripción del contrato y fallará en derecho. Los árbitros serán nombrados siguiendo el procedimiento que para tal fin la Ley 1563 de 2012 o en la norma que lo reemplace, haya estipulado.

En cualquier caso y momento, a elección del asegurado, la presente cláusula quedará sin efecto y no podrá ser excepcionada por la aseguradora, especialmente en aquellos casos en que el asegurado efectúe el llamamiento en garantía en los términos del artículo 57 del C.P.C."

BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA, CONTROL Y CUSTODIA Queda entendido, convenido y aceptado que la Compañía de Seguros indemnizará los daños ocasionados por cualquier siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte bienes que sin ser de propiedad del asegurado, estén bajo la responsabilidad, cuidado, tenencia, control o custodia del mismo. En dicho evento y posterior a la pérdida, la prima se liquidará con base en las tasas contratadas. Sublímite \$500.000.000 Evento/Vigencia. Se excluye el daño o hurto de dichos bienes.

CLAUSULA DE APLICACIÓN DE CONDICIONES PARTICULARES Queda expresamente acordado y convenido, que la compañía acepta las condiciones básicas, técnicas establecidas en este anexo, en los términos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancias entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y condiciones básicas técnicas establecidas.

CONCURRENCIA DE AMPAROS, CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES Queda entendido, convenido y aceptado, que si dos o más amparos, cláusulas o condiciones otorgan cobertura a un mismo evento, se indemnizará con aquella que ofrezca mayor protección para los intereses del asegurado. De igual manera prevalecerán los amparos, cláusulas o condiciones que otorguen cobertura, sobre aquellos que las excluyan. En todo caso y ante cualquier discrepancia sobre cuál es el amparo, cláusula o condición aplicable a un caso determinado, se aplicará aquella que determine el asegurado de acuerdo a sus conveniencias.

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 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

ANTICIPO DE INDEMNIZACION 50% Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION PARA GASTOS MÉDICOS 50% Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte la cobertura de gastos médicos y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION POR ALIMENTOS O BEBIDAS 50% Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte la cobertura de alimentos y bebidas y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO La Compañía declara el conocimiento de los riesgos asegurados y por lo tanto deja constancia del conocimiento de los hechos, circunstancias y en general condiciones de los mismos, sin perjuicio de la obligación que tiene a su cargo el asegurado de avisar cualquier modificación o alteración en el estado del riesgo atendiendo a los criterios establecidos en los artículos 1058 y 1061 del Código del Comercio. La Compañía se reserva el derecho de realizar visitas para inspeccionar los riesgos asegurados cuantas veces lo juzgue pertinente, aceptando que el Hospital maria inmaculada les ha brindado la oportunidad para realizar la inspección de los bienes y riesgos con el fin de determinar a que están sujetos los mismos y el patrimonio del asegurado.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES Queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de un siniestro que afecte la póliza y si la Compañía decide hacer nombramiento de ajustadores, el asegurado se reservará el derecho de aceptar o solicitar el cambio de los mismos en caso de que no fueren de su entera satisfacción, sin que para ello se requiera motivación alguna.

DESIGNACION DE BIENES Los oferentes deben aceptar el título, nombre, denominación o nomenclatura con que el asegurado identifica o describe los bienes asegurados en sus registro o libros de comercio o contabilidad.

REESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIETRO Restablecimiento automático del límite indemnizado por pago de siniestro, hasta una (1) vez el límite asegurado contratado. Mediante la presente cláusula la Compañía acepta expresamente que, en el caso de presentarse una pérdida amparada por la presente póliza, la cuantía de tal pérdida se considerará inmediatamente restablecida desde el momento de ocurrencia del siniestro. El restablecimiento ofrecido por esta condición dará derecho a la Compañía al cobro de la prima correspondiente al monto restablecido, desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza, expedición de cuyo certificado de seguro realizará una vez efectuado el pago de la indemnización.

EXPERTICIO TÉCNICO Queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de existir discrepancia entre la Compañía y el Asegurado en cuanto a aspectos de orden técnico, la cuestión será sometida a la decisión de peritos o expertos en la materia del siniestros, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del Código de Comercio

GASTOS ADICIONALES No obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales y particulares de la póliza, la Compañía se obliga a indemnizar los gastos adicionales (que no tengan carácter de permanentes), debidamente comprobados en que necesaria y razonablemente incurra el asegurado, como consecuencia directa del siniestro, hasta el 100% de los gastos demostrados. Sublímite \$100.000.000 Evento/Vigencia

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN El asegurado se reserva el derecho de solicitar a la compañía de seguros el pago de la indemnización mediante la reparación y/o reposición del bien o bienes afectados y/o mediante el giro de dinero a los contratistas y/o proveedores de bienes o servicios con los cuales EL ASEGURADO decida reemplazarlos. La compañía a petición escrita de la entidad asegurada, efectuará el pago de la indemnización hasta el monto de su responsabilidad.

GASTOS ADICIONALES DE HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, CONSULTORES, AUDITORES, INTERVENTORES, ETC. No obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales y particulares de la poliza, la compañía se obliga a indemnizar los honorarios en que necesaria y razonablemente incurra el asegurado, por concepto de abogados, consultores, auditores, interventores, revisores, contadores, etc, para obtener y certificar: a) los detalles extraídos de los libros de contabilidad y del negocio mismo del asegurado, y b) cualesquiera otras informaciones, documentos y testimonios que sean pedidos por la compañía al asegurado segun lo establecido en las condiciones generales y particulares de la poliza. La compañía reconocera hasta el 100% de los gastos demostrados por el asegurado. Sublímite \$50.000.000 Evento/Vigencia

INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL No obstante las condiciones generales de la póliza, queda declarado y convenido que en caso de cualquier evento cubierto por la presente póliza, la Compañía indemnizará los daños causados por el asegurado a un tercero sin que exista previo fallo judicial, siempre y cuando las circunstancias en que ocurrió el evento den lugar a considerar la responsabilidad o culpa del asegurado, una vez se presente ante las autoridades denuncia, querrela de acuerdo al proceso. siempre y cuando se acredite la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 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

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por el representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de la póliza. No obstante, si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones a las condiciones de la póliza que representen un beneficio a favor del asegurado, sin que impliquen un aumento a la prima originalmente pactada, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza.

NO APLICACIÓN DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MÉDICOS Y PAGOS SUPLEMENTARIOS Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de siniestro amparado por este seguro, que afecte las coberturas de gastos médicos y pagos suplementarios (primeros auxilios inmediatos, servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos), como consecuencia de las lesiones corporales producidas a terceros en desarrollo de las actividades del hospital maria inmaculada, la compañía indemnizará la pérdida hasta el límite establecido en la póliza, sin aplicar ningún tipo de deducible sobre el valor de la misma y dentro de los términos y con sujeción a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen dentro de los cincuenta (50) días calendario siguientes a la fecha del evento.

MODIFICACIONES DEL RIESGO Queda entendido, convenido y aceptado que las notificaciones que sobre los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1° del artículo 1058 del código de comercio, signifiquen agravación del riesgo, se efectuarán por el tomador o asegurado dentro de los 90 días siguientes a la fecha de modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si les es extraña dentro de los 90 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 180 días desde el momento de la modificación.

VARIACIONES DEL RIESGO Con término de reporte de noventa (90) días. La Compañía debe autorizar al asegurado para efectuar las modificaciones dentro del riesgo, que juzgue necesarias para el funcionamiento de Hospital maria inmaculada. Cuando tales modificaciones varíen sustancial, objetiva y materialmente, los riesgos conocidos y aceptados por la Compañía, el asegurado estará obligado a avisar de ellas por escrito a la Compañía dentro de los noventa (90) días comunes contados a partir del inicio de estas modificaciones, si éstos constituyen agravación de los riesgos.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O NO RENOVACION Y/O NO PRORROGA El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con 90 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar éste contrato de seguros con 60 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado.

SELECCIÓN DE PROFESIONALES PARA LA DEFENSA El oferente debe contemplar que la selección de los profesionales encargados de la defensa corresponderá al Asegurado, o los funcionarios que ésta designe, quienes para su aprobación presentarán a la compañía la propuesta correspondiente. La compañía podrá, previo común acuerdo con la Entidad asegurada, asumir la defensa de cualquier litigio o procedimiento legal a nombre del asegurado, a través de abogados elegidos por éste.

SOLUCION DE CONFLICTOS Los conflictos que se presenten durante la ejecución del objeto contractual, se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de arreglo directo y conciliación

6. EXCLUSIONES

El proponente deberá indicar a través de condiciones generales y/o particulares, las exclusiones aplicables a este seguro. Cualquier exclusión que conlleve a dejar sin efecto algún amparo, cláusula o condición otorgada por el proponente se tendrá por no escrita.

7. DEDUCIBLES OBLIGATORIOS

PARQUEADEROS	10 DE LA PERDIDA MIN 1 SMMLV
GASTOS MEDICOS	NO APLICA DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA	10 DE LA PERDIDA MIN 1 SMMLV
DEMÁS EVENTOS	10 DE LA PERDIDA MIN 1 SMMLV

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 0 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA: 6
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. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	1,000,000,000.	2,228,832	2,655,161
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						2,228,832	2,655,161

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA			COD. AGE: 560			RAMO: 80			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
08	11	2021	28	02	2021	23:59	28	11	2021	23:59	273	05	03	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 MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA														
VIGENCIA DEL ANEXO						DIA			MES			AÑO		
08						11			2021			23:59		
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: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** 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. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		\$ 1,000,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		1,000,000,000.00		

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.

SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4
DIRECCION: **Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29**
CIUDAD: **Florencia**

MONTAÑITA CENTRO DE SALUD
DIRECCION: **Carrera 6 No 6-62 Sector Central**
CIUDAD: **Montañita**

MORELIA CENTRO DE SALUD
DIRECCION: **Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central**
CIUDAD: **Morelia**

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD
DIRECCION: **Carrera 3 No 5-21 Sector Central**
CIUDAD: **Unión Peneya - La Montañita**

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------	--------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
RDC SEGUROS LTDA	8714	100.00			

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)0000000000700056065588

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE **JUCARDOZO 0**

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

Compañía de Seguros

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: **994000000293** ANEXO: **1**

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

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 1 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 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. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	0.00	0	0
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						0	0

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA			COD. AGE: 560			RAMO: 80			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
19	11	2021	28	11	2021	23:59	31	12	2021	23:59	33	05	03	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 PRORROGA			DIA			MES			AÑO			HORAS			DIA			MES			AÑO			HORAS			DIA		
			28			11			2021			23:59			31			12			2021			23:59			33		
			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS					

DATOS DEL TOMADOR

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

DIRECCIÓN: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** 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. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		\$ 1,000,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		1,000,000,000.00		

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA POLIZA POR 33 DIAS HASTA EL 31/12/2021 A PETICION DEL CLIENTE

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****271,233	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****51,534	TOTAL A PAGAR: \$ *****322,767
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
RDC SEGUROS LTDA	8714	100.00			

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  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)0000000000700056065588

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

CLIENTE  JUCARDOZO 0

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 2 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA: 2
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. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	1,000,000,000.	271,233	322,767
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						271,233	322,767

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 80 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 29 11 2021 28 11 2021 23:59 31 12 2021 23:59 33 05 03 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA** DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 VIGENCIA DEL ANEXO 28 11 2021 23:59 31 12 2021 23:59 33
 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: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** 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. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**
 ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**
 TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**
 DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA % INVAR SUBLIMITE
 PATRIMONIO DEL ASEGURADO \$ 1,000,000,000.00
 PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 1,000,000,000.00
 DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**
 BENEFICIARIOS
 NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**
 POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.
 SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4
 DIRECCION: **Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29**
 CIUDAD: **Florencia**
 MONTAÑITA CENTRO DE SALUD
 DIRECCION: **Carrera 6 No 6-62 Sector Central**
 CIUDAD: **Montañita**
 MORELIA CENTRO DE SALUD
 DIRECCION: **Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central**
 CIUDAD: **Morelia**
 UNION PENEYA PUESTO DE SALUD
 DIRECCION: **Carrera 3 No 5-21 Sector Central**
 CIUDAD: **Unión Peneya - La Montañita**

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------	--------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE RDC SEGUROS LTDA	CLAVE 8714	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO

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)0000000000700056065588 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: **Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá** JUCARDOZO 0
 CBDE207E080AFC7858 CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
 Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensorasolidaria@gmail.com
 Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

Compañía de Seguros

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: **994000000293** ANEXO: **3**

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

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 3 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 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. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	0.00	0	0
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						0	0

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA			COD. AGE: 560			RAMO: 80			PAP:														
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO										
27	12	2021	31	12	2021	23:59	01	02	2022	23:59	32	05	03	2024									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA																	
VIGENCIA DEL ANEXO					DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS				
31 12 2021 23:59					01	02	2022	23:59	01	02	2022	23:59	32				
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: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** 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. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO		\$ 1,000,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		1,000,000,000.00		

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA LA VIGENCIA DESDE EL 31/12/2021 HASTA EL 01/02/2022 A PETICION DE LA ENTIDAD.

ADICIONALMENTE SE ACLARA LAS DIRECCIONES DES LAS SEDES ASEGURADAS.

SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4
DIRECCION: **Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29**
CIUDAD: **Florencia**

MONTAÑITA CENTRO DE SALUD
DIRECCION: **Carrera 6 No 6-62 Sector Central**
CIUDAD: **Montañita**

MORELIA CENTRO DE SALUD
DIRECCION: **Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central**
CIUDAD: **Morelia**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****263,014	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****49,973	TOTAL A PAGAR: \$ *****312,986
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
RDC SEGUROS LTDA	8714	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA 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)0000000000700056065588

FIRMA TOMADOR

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

CLIEENTE

JUCARDOZO 0

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

Compañía de Seguros

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: **994000000293** ANEXO: **4**

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

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD
DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central
CIUDAD: Unión Peneya - La Montañita

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 4 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 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. 7-29 HOSPITAL	FLORENCIA	1,000,000,000.	263,014	312,986
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						263,014	312,986

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 80 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 03 02 2022 01 02 2022 23:59 18 08 2022 23:59 198 05 03 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 01 02 2022 23:59 18 08 2022 23:59 198
 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: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)** 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. 7-29**
 ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**
 TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)** TIPO DE RIESGO: **ESTATAL** MANZANA: **19-8**
 DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA % INVAR SUBLIMITE
 PATRIMONIO DEL ASEGURADO \$ 1,000,000,000.00
 PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 1,000,000,000.00
 USO INDEBIDO DE ARMAS DE FUEGO Y OTROS ELEMENTOS D 0.00
 DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/USO INDEBIDO DE ARMAS DE FUEGO Y OTROS ELEMENTOS DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

BENEFICIARIOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS
 1. OBJETO DEL SEGURO
 Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sufra el HOSPITAL MARIA INMACULADA como consecuencia de la Responsabilidad Civil Extracontractual originada dentro o fuera de sus instalaciones, en el desarrollo de sus actividades o en lo relacionado con ella, lo mismo que los actos de sus empleados y funcionarios dentro y fuera del territorio nacional. Nota: Se entenderán como terceros todas y cada una de las personas que circulen, ingresen, accedan o se encuentren en los predios de asegurado, independientemente que el asegurado le esté prestando un servicio objeto de su razón social, bajo la MODALIDAD DE OCURRENCIA.

SEDES ASEGURADAS:
 SEDE HOSPITAL COMUNAL MARIA INMACULADA R4
 DIRECCION: Diagonal 20 No 7-29 : Diagonal 20 No 7A-29
 CIUDAD: Florencia

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****1,627,397	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****309,205	TOTAL A PAGAR: \$ *****1,936,603
---	--	---	--------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE RDC SEGUROS LTDA	CLAVE 8714	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO

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)0000000000700056065588 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
 CLIENTE JUCARDOZO 0
 CBDE207E070EF57658

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

Compañía de Seguros

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: 994000000293 ANEXO: 5

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

MONTAÑITA CENTRO DE SALUD
DIRECCION: Carrera 6 No 6-62 Sector Central
CIUDAD: Montañita

MORELIA CENTRO DE SALUD
DIRECCION: Carrera 3 No 4-10/ Calle 3-13 Sector Central
CIUDAD: Morelia

UNION PENEYA PUESTO DE SALUD
DIRECCION: Carrera 3 No 5-21 Sector Central
CIUDAD: Unión Peneya - La Montañita

ARCHIVO CENTRAL PUEBLO NUEVO
DIRECCION: Calle 3 D No 8-06 Barrio Pueblo Nuevo
CIUDAD: Florencia

CONDICIONES OBLIGATORIAS

Todos las cláusulas que otorgan coberturas de gastos adicionales, operan sin aplicación de deducibles.
La Presente póliza opera igualmente en exceso de los amparos de responsabilidad civil contratados en el seguro de automóviles.
Los oferentes deben tener en cuenta para la elaboración de la propuesta, que las condiciones, coberturas básicas para las cuales no se indique sublímite, operaran al 100% del valor asegurado

4. AMPAROS OBLIGATORIOS

NOMBRE DESCRIPCION DEL SUBLIMITE OBLIGATORIO

Actividades deportivas, eventos sociales y culturales dentro o fuera de los predios. NO

Avisos, vallas y letreros dentro y fuera de los predios. NO

Actos de empleados temporales, transitorios SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Contaminación Accidental súbita e imprevista.(Excluye contaminación paulatina). SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Contratistas y Subcontratistas independientes. Esta cobertura opera en exceso de las pólizas del contratista o subcontratista. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Daño Moral NO

Daños y Lesiones que se causen a bienes y a terceros durante la realización de algún evento, capacitación, conferencias, etc., durante la vigencia de la póliza. NO

Daños y Hurto de vehículos de terceros y funcionarios en predios del asegurado SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

GASTOS DE DEFENSA: La Compañía responderá por la suma asegurada, en los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan en su contra o la del asegurado, con las salvedades siguientes:
Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente señalada en las exclusiones de la póliza. SI - Sublímite \$50.000.000 evento y \$100.000.000 vigencia.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa de la compañía, y si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede la suma que delimita la responsabilidad de la Compañía, ésta sólo responderá por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización

Gastos médicos, hospitalarios y traslado de víctimas incluyendo personal del asegurado. SI - Sublímite \$50.000.000 evento y \$100.000.000 vigencia.

La compañía cubre, con sujeción a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen por concepto de primeros auxilios inmediatos, servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermedades y drogas, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros en desarrollo de las actividades específicamente amparadas bajo las condiciones particulares de la presente póliza. El amparo que mediante esta sección se otorga es independiente del de Responsabilidad y por consiguiente, los pagos que por dicho concepto se realizan, en ningún caso pueden ser interpretados como aceptación tácita de responsabilidad.

No subrogación a favor de empleados o contratistas NO

Pagos Suplementarios (Presentación de cauciones, Condena en costas e intereses de mora acumulados a cargo del asegurado, demás gastos razonables). SI - Sublímite 20% del límite asegurado evento/vigencia.

Participación del asegurado en Ferias y exposiciones Nacionales y Eventos relacionados con su objeto social NO

Poseción, uso y mantenimiento de depósitos, tanques y tuberías, ubicados o instalados dentro de los predios del asegurado. NO

Predios labores y operaciones, (incluyendo daño y/o perjuicio patrimonial o extramatrimonial) NO

Operaciones de transporte, cargue y descargue bienes y mercancías, incluyendo aquellos de naturaleza azarosa o inflamable NO

Productos y trabajos terminados: La cobertura del amparo abarca de manera general para la producción, fabricación, suministro o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, para resarcir los daños si estos se producen después de la entrega del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación; en ese sentir, como objetivo misional la Entidad, realiza proyectos y planes y ejecuta actividades, que de una manera u otra, pueden eventualmente afectar a un tercero. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Cualquier gasto que legalmente deba pagar el asegurado, por la responsabilidad que llegare a imputársele en su calidad de propietario, arrendatario o poseedor NO

Responsabilidad civil parqueaderos, incluyendo daños y/o hurto y/o hurto calificado a vehículos y sus accesorios de terceros y funcionarios en predios del asegurado. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 ANEXO: 5

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

Responsabilidad Civil Cruzada (Esta cobertura opera en exceso del valor indemnizado por las pólizas de los contratistas o subcontratistas). El oferente debe contemplar la extensión de la cobertura para aplicar a la responsabilidad civil entre contratistas, dentro del desarrollo de actividades, labores y operaciones para el Hospital maria inmaculada, siempre y cuando la responsabilidad sea o pueda ser imputable a la misma. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Responsabilidad civil del asegurado frente a familiares de los trabajadores. Queda expresamente convenido y acordado que para efectos de este seguro se entenderán como terceros los familiares del personal del asegurado, siempre y cuando los mismos no tengan relación contractual con la Entidad. De igual forma para los efectos de este seguro los niños, niñas y adolescentes, se consideraran terceros. NO

Responsabilidad civil generada por un incendio y/o explosión. NO

Responsabilidad Civil Patronal en exceso de la seguridad social SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.

Responsabilidad civil por daños a bienes de empleados y visitantes, excluyendo dineros y joyas. Para que la cobertura opere se requiere demostrar el ingreso del bien al inmueble a través del registro en portería o mediante cualquier otro medio idóneo. 15% del valor asegurado evento/vigencia

Responsabilidad civil por el uso y/o posesión de vehículos propios y no propios, en exceso del límite contratado en la póliza de automóviles y el SOAT, incluidos los vehículos de los funcionarios en desarrollo de actividades para el asegurado. SI - Sublímite 30% del límite asegurado evento/vigencia.

Responsabilidad civil derivada de montajes, construcciones y obras civiles para el mantenimiento, reparación o ampliación de predios NO

Responsabilidad Civil generada por un incendio y/o explosión. NO

Restaurantes, casinos, campos deportivos y cafeterías. NO

Suministro de Alimentos y bebidas a terceros por el asegurado, por contratistas, o por subcontratistas. NO

Uso de armas de fuego y errores de puntería por parte de escoltas, vigilantes, funcionarios, celadores y firmas especializadas; al igual que por el uso de perros guardianes. Nota: En caso de firmas externas, esta cobertura operará en exceso de la póliza exigida para la empresa de vigilancia. R.C. Decreto 356/94 NO

Uso de ascensores, elevadores, escaleras automáticas, montacargas, grúas, puentes grúas, equipos de trabajo y de transporte dentro o fuera de los predios NO

Uso de maquinaria y equipos de trabajo dentro y fuera de los predios del asegurado NO

Viajes de funcionarios del asegurado dentro del territorio nacional o en cualquier parte del mundo cuando en desarrollo de actividades inherentes al asegurado causen daños a terceros. Excluye responsabilidad civil profesional. NO

Viajes de funcionarios en comisión o estudio nacional o en el exterior. NO

5. CLÁUSULAS OBLIGATORIAS

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PREDIOS, OPERACIONES Y/O ACTIVIDADES

Queda entendido, convenido y aceptado que no obstante lo que en contrario se diga en las condiciones generales de la póliza, el presente anexo extiende la cobertura automática del seguro, en los mismos términos y limitaciones establecidas en esta póliza, para amparar la responsabilidad civil extracontractual para todo nuevo predio, operación, uso, posesión y/o actividades creadas por el asegurado en nuevos predios que adquiera o sobre los cuales obtenga el dominio o control, obligándose a informar a la compañía dentro de los 120 días siguientes a la creación. La prima adicional se liquidará con base en las tasas contratadas. Si vencido este plazo no se ha informado a la Compañía, cesará el amparo. Sublímite \$250.000.000 evento / \$ 500.000.000 vigencia

AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO

Por medio de la presente cláusula y no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, el asegurado podrá dar aviso de la ocurrencia del siniestro en un término de 60 días, siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo.

ARBITRAMIENTO O CLÁUSULA COMPROMISORIA

"El asegurado y la Compañía convienen en someter a un Tribunal de Arbitramento las diferencias que surjan con motivo de la aplicación de las cláusulas y condiciones de esta póliza y a no intentar demanda o acción alguna de otra naturaleza.

El Tribunal tendrá como sede la ciudad de suscripción del contrato y fallará en derecho. Los árbitros serán nombrados siguiendo el procedimiento que para tal fin la Ley 1563 de 2012 o en la norma que lo reemplace, haya estipulado.

En cualquier caso y momento, a elección del asegurado, la presente cláusula quedará sin efecto y no podrá ser excepcionada por la aseguradora, especialmente en aquellos casos en que el asegurado efectúe el llamamiento en garantía en los términos del artículo 57 del C.P.C."

BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA, CONTROL Y CUSTODIA

Queda entendido, convenido y aceptado que la Compañía de Seguros indemnizará los daños ocasionados por cualquier siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte bienes que sin ser de propiedad del asegurado, estén bajo la responsabilidad, cuidado, tenencia, control o custodia del mismo. En dicho evento y posterior a la pérdida, la prima se liquidará con base en las tasas contratadas. Sublímite \$500.000.000 Evento/Vigencia. Se excluye el daño o hurto de dichos bienes.

CLAUSULA DE APLICACIÓN DE CONDICIONES PARTICULARES

Queda expresamente acordado y convenido, que la compañía acepta las condiciones básicas, técnicas establecidas en este anexo, en los términos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancias entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y condiciones básicas técnicas establecidas.

CONCURRENCIA DE AMPAROS, CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 ANEXO: 5

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

Queda entendido, convenido y aceptado, que si dos o más amparos, cláusulas o condiciones otorgan cobertura a un mismo evento, se indemnizará con aquella que ofrezca mayor protección para los intereses del asegurado. De igual manera prevalecerán los amparos, cláusulas o condiciones que otorguen cobertura, sobre aquellos que las excluyan. En todo caso y ante cualquier discrepancia sobre cuál es el amparo, cláusula o condición aplicable a un caso determinado, se aplicará aquella que determine el asegurado de acuerdo a sus conveniencia.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION 50%

Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION PARA GASTOS MÉDICOS 50%

Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte la cobertura de gastos médicos y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION POR ALIMENTOS O BEBIDAS 50%

Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte la cobertura de alimentos y bebidas y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO

La Compañía declara el conocimiento de los riesgos asegurados y por lo tanto deja constancia del conocimiento de los hechos, circunstancias y en general condiciones de los mismos, sin perjuicio de la obligación que tiene a su cargo el asegurado de avisar cualquier modificación o alteración en el estado del riesgo atendiendo a los criterios establecidos en los artículos 1058 y 1061 del Código del Comercio. La Compañía se reserva el derecho de realizar visitas para inspeccionar los riesgos asegurados cuantas veces lo juzgue pertinente, aceptando que el Hospital maria inmaculada les ha brindado la oportunidad para realizar la inspección de los bienes y riesgos con el fin de determinar a que están sujetos los mismos y el patrimonio del asegurado.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de un siniestro que afecte la póliza y si la Compañía decide hacer nombramiento de ajustadores, el asegurado se reservará el derecho de aceptar o solicitar el cambio de los mismos en caso de que no fueren de su entera satisfacción, sin que para ello se requiera motivación alguna.

DESIGNACION DE BIENES Los oferentes deben aceptar el título, nombre, denominación o nomenclatura con que el asegurado identifica o describe los bienes asegurados en sus registro o libros de comercio o contabilidad.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIETRO

Restablecimiento automático del límite indemnizado por pago de siniestro, hasta una (1) vez el límite asegurado contratado. Mediante la presente cláusula la Compañía acepta expresamente que, en el caso de presentarse una pérdida amparada por la presente póliza, la cuantía de tal pérdida se considerará inmediatamente restablecida desde el momento de ocurrencia del siniestro. El restablecimiento ofrecido por esta condición dará derecho a la Compañía al cobro de la prima correspondiente al monto restablecido, desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza, expedición de cuyo certificado de seguro realizará una vez efectuado el pago de la indemnización.

EXPERTICIO TÉCNICO

Queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de existir discrepancia entre la Compañía y el Asegurado en cuanto a aspectos de orden técnico, la cuestión será sometida a la decisión de peritos o expertos en la materia del siniestros, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del Código de Comercio.

GASTOS ADICIONALES

No obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales y particulares de la póliza, la Compañía se obliga a indemnizar los gastos adicionales (que no tengan carácter de permanentes), debidamente comprobados en que necesaria y razonablemente incurra el asegurado, como consecuencia directa del siniestro, hasta el 100% de los gastos demostrados. Sublímite \$100.000.000 Evento/Vigencia

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado se reserva el derecho de solicitar a la compañía de seguros el pago de la indemnización mediante la reparación y/o reposición del bien o bienes afectados y/o mediante el giro de dinero a los contratistas y/o proveedores de bienes o servicios con los cuales EL ASEGURADO decida reemplazarlos. La compañía a petición escrita de la entidad asegurada, efectuará el pago de la indemnización hasta el monto de su responsabilidad.

GASTOS ADICIONALES DE HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, CONSULTORES, AUDITORES, INTERVENTORES, ETC.

No obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales y particulares de la poliza, la compañía se obliga a indemnizar los honorarios en que necesaria y razonablemente incurra el asegurado, por concepto de abogados, consultores, auditores, interventores, revisores, contadores, etc, para obtener y certificar: a) los detalles extraídos de los libros de contabilidad y del negocio mismo del asegurado, y b) cualesquiera otras informaciones, documentos y testimonios que sean pedidos por la compañía al asegurado segun lo establecido en las condiciones generales y particulares de la poliza. La compañía reconocera hasta el 100% de los gastos demostrados por el asegurado. Sublímite \$50.000.000 Evento/Vigencia

INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA ~~QUE~~ EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 80

No PÓLIZA: 99400000293 ANEXO: 5

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

No obstante las condiciones generales de la póliza, queda declarado y convenido que en caso de cualquier evento cubierto por la presente póliza, la Compañía indemnizará los daños causados por el asegurado a un tercero sin que exista previo fallo judicial, siempre y cuando las circunstancias en que ocurrió el evento den lugar a considerar la responsabilidad o culpa del asegurado, una vez se presente ante las autoridades denuncia, querrela de acuerdo al proceso. siempre y cuando se acredite la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO

Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por el representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de la póliza. No obstante, si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones a las condiciones de la póliza que representen un beneficio a favor del asegurado, sin que impliquen un aumento a la prima originalmente pactada, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza.

NO APLICACIÓN DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MÉDICOS Y PAGOS SUPLEMENTARIOS

Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de siniestro amparado por este seguro, que afecte las coberturas de gastos médicos y pagos suplementarios (primeros auxilios inmediatos, servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras no se extiende a la responsabilidad civil derivada del suministro, prescripción o administración de medicamentos), como consecuencia de las lesiones corporales producidas a terceros en desarrollo de las actividades del hospital maria inmaculada, la compañía indemnizará la pérdida hasta el límite establecido en la póliza, sin aplicar ningún tipo de deducible sobre el valor de la misma. Y dentro de los términos y con sujeción a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen dentro de los cincuenta (50) días calendario siguientes a la fecha del evento,

MODIFICACIONES DEL RIESGO

Queda entendido, convenido y aceptado que las notificaciones que sobre los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058 del código de comercio, signifiquen agravación del riesgo, se efectuarán por el tomador o asegurado dentro de los 90 días siguientes a la fecha de modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si les es extraña dentro de los 90 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 180 días desde el momento de la modificación.

VARIACIONES DEL RIESGO Con término de reporte de noventa (90) días.

La Compañía debe autorizar al asegurado para efectuar las modificaciones dentro del riesgo, que juzgue necesarias para el funcionamiento de Hospital maria inmaculada. Cuando tales modificaciones varíen sustancial, objetiva y materialmente, los riesgos conocidos y aceptados por la Compañía, el asegurado estará obligado a avisar de ellas por escrito a la Compañía dentro de los noventa (90) días comunes contados a partir del inicio de estas modificaciones, si éstos constituyen agravación de los riesgos.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O NO RENOVACION Y/O NO PRORROGA

El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con 90 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar éste contrato de seguros con 60 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado.

SELECCIÓN DE PROFESIONALES PARA LA DEFENSA

El oferente debe contemplar que la selección de los profesionales encargados de la defensa corresponderá al Asegurado, o los funcionarios que ésta designe, quienes para su aprobación presentarán a la compañía la propuesta correspondiente. La compañía podrá, previo común acuerdo con la Entidad asegurada, asumir la defensa de cualquier litigio o procedimiento legal a nombre del asegurado, a través de abogados elegidos por éste.

SOLUCION DE CONFLICTOS

Los conflictos que se presenten durante la ejecución del objeto contractual, se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de arreglo directo y conciliación

6. EXCLUSIONES

El proponente deberá indicar a través de condiciones generales y/o particulares, las exclusiones aplicables a este seguro. Cualquier exclusión que conlleve a dejar sin efecto algún amparo, cláusula o condición otorgada por el proponente se tendrá por no escrita.

7. DEDUCIBLES OBLIGATORIOS

PARQUEADEROS	10% DE LA PERDIDA MIN 1 SMLLV
GASTOS MEDICOS	NO APLICA DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA	10% DE LA PERDIDA MIN 1 SMLLV
DEMÁS EVENTOS	10% DE LA PERDIDA MIN 1 SMLLV

CONDICIONES GENERALES: Para efectos de este seguro, el clausulado que opera es el del seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual de la Forma 04/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-30-DR0I - V.1 - 02/10/2020-1502-NT-P-06-P021020MGG7G7000

El clausulado citado lo puede consultar en:

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-30-CONDICIONES-GENERALES-RESPONSABILIDAD->

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGENCIA: **560**

RAMO: **80**

No PÓLIZA: **994000000293** ANEXO: **5**

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

De acuerdo a CONDICIONES GENERALES: Para efectos de este seguro, el clausulado que opera es el del seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual de la forma 04/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-30-DR0I - V.1 - 02/10/2020-1502-NT-P-06-P021020MGG7G7000
El clausulado citado lo puede consultar en:
<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-30-CONDICIONES-GENERALES-RESPONSABILIDAD-CIVIL-EXTRACONTRACTUAL-GENERAL-04032021.pdf>

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

Nº. POLIZA: 99400000293 ANEXO: 5 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA: 7
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. 7-29	FLORENCIA	1,000,000,000.	1,627,397	1,936,603
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						1,627,397	1,936,603