



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------|---------------------|-----|------|---------------------------------------|-----|-----------|----------------------|----------------------------------|-----|----------------|-------|-----|
| SOLICITUD DÍA 18 MES 5 AÑO 2020 | | | CERTIFICADO DE MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA | | | N° CERTIFICADO 1 | | | CIA. PÓLIZA LÍDER N° | | | CERTIFICADO LÍDER N° | | | A.P. NO | | |
| TOMADOR 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA | | | | | | | | | | | | NIT 890.303.461-2 | | | | | |
| DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA | | | | | | | | | | | | TELÉFONO 5561131 | | | | | |
| ASEGURADO 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA | | | | | | | | | | | | NIT 890.303.461-2 | | | | | |
| DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA | | | | | | | | | | | | TELÉFONO 5561131 | | | | | |
| EMITIDO EN CALI | | | | CENTRO OPER | SUC. | EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA | | | | | | NÚMERO DE DÍAS | | |
| MONEDA Pesos | | | | | | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | DESDE AÑO | A LAS | DÍA | MES | HASTA AÑO | A LAS | |
| TIPO CAMBIO 1.00 | | | | 404 | 4 | 18 | 5 | 2020 | 4 | 5 | 2020 | 00:00 | 17 | 8 | 2020 | 00:00 | 105 |
| CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE , | | | | | | | | | FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DIA | | | | VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 0.00 | | | | |

Riesgo: 1 -
CL 5 36 08, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-EXTRACONTRACTUAL POR OCURRENCIA

AMPAROS CONTRATADOS

| No. | Amparo | Valor Asegurado | AcumVA | Prima |
|-----|---|------------------|--------|-------|
| 4 | PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | 2,000,000,000.00 | SI | 0.00 |
| 5 | RC PRODUCTOS | | NO | 0.00 |
| | LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA | 1,000,000,000.00 | | |
| | LIMITE POR EVENTO O PERSONA | 0.00 | | |
| 7 | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 5.00 SMLLV NINGUNO | | | |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA | 1,000,000,000.00 | NO | 0.00 |
| 8 | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 5.00 SMLLV NINGUNO | | | |
| | R.C PATRONAL | | NO | 0.00 |
| | LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA | 1,000,000,000.00 | | |
| | LIMITE POR EVENTO O PERSONA | 0.00 | | |
| 9 | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 5.00 SMLLV NINGUNO | | | |
| | RC PARQUEADEROS | | NO | 0.00 |
| | LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA | 500,000,000.00 | | |
| | LIMITE POR EVENTO O PERSONA | 100,000,000.00 | | |
| 10 | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 5.00 SMLLV NINGUNO | | | |
| | BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL | 1,000,000,000.00 | NO | 0.00 |
| | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 5.00 SMLLV NINGUNO | | | |
| 11 | VEHICULOS PROPIOS | | NO | 0.00 |
| | LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA | 1,000,000,000.00 | | |
| | LIMITE POR EVENTO O PERSONA | 500,000,000.00 | | |
| | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 5.00 SMLLV NINGUNO | | | |

Texto continúa en Hojas de Anexos...

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 al asegurado para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA \$ *****0.00
GASTOS \$ *****0.00
IVA \$ *****0.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$ *****0.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadadquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

03/03/2025 16:14:47

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

| DISTRIBUCIÓN | | | | | INTERMEDIARIOS | | | | |
|--------------|--------------------------|-------|-------|--|----------------|-------|-----------------------|-------|----------|
| CÓDIGO | COMPAÑÍA | % | PRIMA | | CLAVE | CLASE | NOMBRE | % | COMISIÓN |
| 5 | Allianz Seguros S.A. | 15.00 | 0.00 | | 3039 | 3 | GONSEGUROS CORREDORES | 15.00 | 0.00 |
| 21 | AXA COLPATRIA SEGUROS S. | 15.00 | 0.00 | | | | | | |
| 39 | BBVA SEGUROS COLOMBIA S. | 15.00 | 0.00 | | | | | | |
| 40 | Aseguradora Solidaria S. | 5.00 | 0.00 | | | | | | |

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1016851 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA

1

| | | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------|-----------------------|------|
| 27 | GASTOS MEDICOS | | NO | 0.00 |
| | LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA | 300,000,000.00 | | |
| | LIMITE POR EVENTO O PERSONA | 100,000,000.00 | | |
| BENEFICIARIOS | | | | |
| Nombre/Razón Social | | Documento | Porcentaje Tipo Benef | |
| TERCEROS AFECTADOS | | NIT 666520008 | 100.000 % NO APLICA | |

RCP-016-7 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACON

Por medio del presente Anexo se deja constancia que a partir de la fecha la presente Póliza se extiende a cubrir todas las actividades desarrolladas por Hospital Universitario Evaristo Garcia H.U.V, por la operación de : Clínica Salucoop Norte ubicada en AVENIDA 3N # 32AN40 (hoy Clínica Valle Solidario Hospital Universitario del Valle Sede Norte)

Los demás términos no se modifican.