SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BARRANQUILLA** | **BARRANQUILLA** | **85** | **85-44-101114785** | **4** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **15** | **03** | **2022** | **02** | **02** | **2022** | **00:00** | **02** | **07** | **2025** | **23:59** | **ANEXO DE MODIFICACION** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.** | **NIT: 900.675.633-3** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO: |
|---|---|---|
| CR 42 F NRO. 75 - 75 | BARRANQUILLA, ATLANTICO | 3450414 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **FONDO ADAPTACION** | **NIT: 900.450.205-8** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 10 NRO. 28 - 49 TORRE A PISO 11-12 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 4325400 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. FA-SASI-.I-S-179-2022, EL PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO, LA CALIDAD DEL SERVICIO Y LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO REFERENTE ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.

ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS ADICIONALES: IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.

### AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|

### ACLARACIONES

* ESTE AMPARO INICIA VIGENCIA UNA VEZ SE HA FINALIZADO LA EJECUCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA A SATISFACCION DEL MISMO POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACLARA LA FECHA DE INICIO EN LA POLIZA ARRIBA CITADA, SEGUN ACTA DE FECHA 23 DE FEBRERO DEL 2022.

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ***(843,911.00) | $ ****(28,000.00) | $ ***(165,663.00) | $ *******(1,037,575.00) | $ ****(167,102,460.80) | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETT | 40862 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***

85-44-101114785

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Valles B.

**FIRMA TOMADOR**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BARRANQUILLA** | **BARRANQUILLA** | **85** | **85-44-101114785** | **5** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **15** | **03** | **2022** | **23** | **02** | **2022** | **00:00** | **23** | **07** | **2025** | **23:59** | **ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.** | **NIT: 900.675.633-3** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO: |
|---|---|---|
| CR 42 F NRO. 75 - 75 | BARRANQUILLA, ATLANTICO | 3450414 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **FONDO ADAPTACION** | **NIT: 900.450.205-8** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 10 NRO. 28 - 49 TORRE A PISO 11-12 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 4325400 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. FA-SASI-.I-S-179-2022, EL PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO, LA CALIDAD DEL SERVICIO Y LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO REFERENTE ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.

ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS ADICIONALES: IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.

### AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** | **23/02/2022** | **23/03/2023** | **$62,663,422.80** | |
| **PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES** | **23/02/2022** | **23/07/2025** | **$20,887,807.60** | |
| **CALIDAD DEL SERVICIO** | **23/02/2022** | **23/01/2024** | **$20,887,807.60** | |
| **CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES** | **SI AMPARA 3 AÑOS, 4 MESES Y 29 DÍAS *** | | **$62,663,422.80** | |

### ACLARACIONES

* ESTE AMPARO INICIA VIGENCIA UNA VEZ SE HA FINALIZADO LA EJECUCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA A SATISFACCION DEL MISMO POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACLARA LA FECHA DE INICIO EN LA POLIZA ARRIBA CITADA, SEGUN ACTA DE FECHA 23 DE FEBRERO DEL 2022.

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *****843,911.00 | $ ******28,000.00 | $ *****165,663.00 | $ *********1,037,575.00 | $ ******167,102,460.80 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETT | 40862 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***

85-44-101114785

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Robles B.

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BARRANQUILLA** | **BARRANQUILLA** | **85** | **85-40-101051459** | **4** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **15** | **03** | **2022** | **02** | **02** | **2022** | **00:00** | **02** | **07** | **2022** | **23:59** | **ANEXO DE MODIFICACION** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.** | **NIT: 900.675.633-3** |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 42 F NRO. 75 - 75 | BARRANQUILLA, ATLANTICO | 3450414 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **FONDO ADAPTACION** | **NIT: 900.450.205-8** |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 10 NRO. 28 - 49 TORRE A PISO 11-12 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 4325400 |

BENEFICIARIO: 900450205 - FONDO ADAPTACION ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL REFERENTE A LA ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER SEGUN CONTRATO NO. FA-SASI-I-S-179-2022.

| | | |
|---|---|---|
| DAÑOS PATRIMONIALES | $ 200.000.000.OO | 06/01/2022 - 06/06/2022 |
| OPERACION DE TRANSPORTES, CARGUE Y DESCARGUE | $ 200.000.000.OO | 06/01/2022 - 06/06/2022 |

BNEFICIARIOS: FONDO DE ADAPTACION, IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER Y/O TERCEROS AFECTADOS

### AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL | SUMA ASEG ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|---|

### ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACLARA LA FECHA DE INICIO EN LA POLIZA ARRIBA CITADA, SEGUN ACTA DE FECHA 23 DE FEBRERO DEL 2022.

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ***(336,986.00) | $ *****(3,000.00) | $ ****(64,597.00) | $ *********(404,583.00) | $ ****(200,000,000.00) | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETT | 40862 | 100.00 | | | |

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.**

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***



85-40-101051459

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Robles B.

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BARRANQUILLA** | **BARRANQUILLA** | **85** | **85-40-101051459** | **5** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **15** | **03** | **2022** | **23** | **02** | **2022** | **00:00** | **23** | **07** | **2022** | **23:59** | **ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.** | **NIT: 900.675.633-3** |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 42 F NRO. 75 - 75 | BARRANQUILLA, ATLANTICO | 3450414 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **FONDO ADAPTACION** | **NIT: 900.450.205-8** |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 10 NRO. 28 - 49 TORRE A PISO 11-12 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 4325400 |

BENEFICIARIO: 900450205 - FONDO ADAPTACION ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL REFERENTE A LA ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER SEGUN CONTRATO NO. FA-SASI-I-S-179-2022.

| | | |
|---|---|---|
| DAÑOS PATRIMONIALES | $ 200.000.000.OO | 06/01/2022 - 06/06/2022 |
| OPERACION DE TRANSPORTES, CARGUE Y DESCARGUE | $ 200.000.000.OO | 06/01/2022 - 06/06/2022 |

BNEFICIARIOS: FONDO DE ADAPTACION, IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER Y/O TERCEROS AFECTADOS

### AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL | SUMA ASEG ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|---|
| **PREDIOS LABORES Y OPERACIONES** | **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | **23/02/2022** | **23/07/2022** | **$200,000,000.00** | |
| **CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS** | **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | **23/02/2022** | **23/07/2022** | **$200,000,000.00** | |
| **VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS** | **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | **23/02/2022** | **23/07/2022** | **$200,000,000.00** | |

### ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACLARA LA FECHA DE INICIO EN LA POLIZA ARRIBA CITADA, SEGUN ACTA DE FECHA 23 DE FEBRERO DEL 2022.

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *****336,986.00 | $ *******3,000.00 | $ ******64,597.00 | $ **********404,583.00 | $ ******200,000,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| GRACIELA JUDITH CABRERA DE BENEDETT | 40862 | 100.00 | | | |

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.**

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

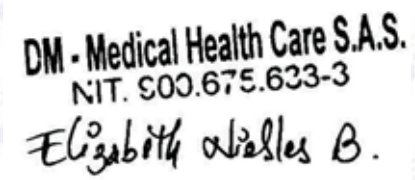
***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***



85-40-101051459

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**






FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-40-101051459 | 5 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 03 | 2022 | 23 | 02 | 2022 | 00:00 | 23 | 07 | 2022 | 23:59 | ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S. | | **NIT: 900.675.633-3** |
| **DIRECCIÓN:** CR 42 F NRO. 75 - 75 | **CIUDAD:** BARRANQUILLA, ATLANTICO | **TELÉFONO:** | 3450414 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | FONDO ADAPTACION | | **NIT: 900.450.205-8** |
| **DIRECCIÓN:** CR 10 NRO. 28 - 49 TORRE A PISO 11-12 | **CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | **TELÉFONO:** | 4325400 |

BENEFICIARIO: 900450205 - FONDO ADAPTACION

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL | SUMA ASEG ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|---|
| **RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL** | **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | **23/02/2022** | **23/07/2022** | **$200,000,000.00** | |
| **RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA** | **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | **23/02/2022** | **23/07/2022** | **$200,000,000.00** | |
| **PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES** | **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | **23/02/2022** | **23/07/2022** | **$200,000,000.00** | |

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

85-40-101051459

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Robles B.

**FIRMA TOMADOR**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-40-101051459 | 5 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 03 | 2022 | 23 | 02 | 2022 | 00:00 | 23 | 07 | 2022 | 23:59 | ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S. | | **NIT: 900.675.633-3** |
| **DIRECCIÓN:** CR 42 F NRO. 75 - 75 | **CIUDAD:** BARRANQUILLA, ATLANTICO | **TELÉFONO:** | 3450414 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | FONDO ADAPTACION | | **NIT: 900.450.205-8** |
| **DIRECCIÓN:** CR 10 NRO. 28 - 49 TORRE A PISO 11-12 | **CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | **TELÉFONO:** | 4325400 |

BENEFICIARIO: 900450205 - FONDO ADAPTACION

TEXTO ACLARATORIO

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

85-40-101051459

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Valles B.

**FIRMA TOMADOR**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670036079 75

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000036079751

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 04/02/2022 04:10p.m. |

**RECIBIMOS DE:** DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S. NIT. 900.675.633

**LA SUMA DE:** Un millones trescientos noventa y siete mil doscientos treinta y dos pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000036079751

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA-44-101114785-0-1 | $831,912.00 | | $158,063.00 | $989,975.00 |
| BARRANQUILLA-40-101051459-0-1 | $342,233.00 | | $65,024.00 | $407,257.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 1,397,232.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 1,397,232.00
**OTROS:** $1,397,232.00

**TRANSACCION:** 0003607975

**TOTAL:** $1,397,232.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/4/2022 4:10:26PM

172.16.10.23

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670036191 88

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000036191881

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 10/02/2022 09:47a.m. |

**RECIBIMOS DE:** DM-MEDICAL HEALTH CARE S.A.S. NIT. 900.675.633

**LA SUMA DE:** Cuarenta y cuatro mil novecientos veintisiete pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000036191881

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA-44-101114785-3-1 | $37,754.00 | | $7,173.00 | $44,927.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 44,927.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 44,927.00
**OTROS:** $44,927.00

**TRANSACCION:** 0003619188

**TOTAL:** $44,927.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/10/2022 9:47:41AM

172.16.10.23