SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	PASTO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	41-03-101012456	4

TOMADOR ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON — NIT 891.201.845-2

DIRECCION CL 4 NRO. 8 - 18 BARRIO CENTRO — CIUDAD COLON, PUTUMAYO — TELEFONO 3153765966

ASEGURADO ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON — NIT 891.201.845-2

DIRECCION CL 4 NRO. 8 - 18 BARRIO CENTRO — CIUDAD COLON, PUTUMAYO — TELEFONO 3153765966

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
25 / 10 / 2024	10 / 07 / 2024	10 / 07 / 2025	25 / 10 / 2024	10 / 07 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CENTRAL DE SEGUROS MYD LTDA	245681	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,040,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 1,040,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,040,000,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1326.P.DE.00000006.RC.004A.D001

41-03-101012456

FIRMA AUTORIZADA

VICTORYCALDERON

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	PASTO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	41-03-101012456	4

TOMADOR	ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON			NIT	891.201.845-2
DIRECCION	CL 4 NRO. 8 - 18 BARRIO CENTRO	CIUDAD	COLON, PUTUMAYO	TELEFONO	3153765966
ASEGURADO	ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON			NIT	891.201.845-2
DIRECCION	CL 4 NRO. 8 - 18 BARRIO CENTRO	CIUDAD	COLON, PUTUMAYO	TELEFONO	3153765966
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
25 / 10 / 2024	10 / 07 / 2024	10 / 07 / 2025	25 / 10 / 2024	10 / 07 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CENTRAL DE SEGUROS MYD LTDA CLIENTE	245681	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,040,000,000.00	PRIMA:	$ *****0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *****0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *****0.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	ANEXO NO CAUSA PRIMA	41-03-101012456	4

TOMADOR	ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON			NIT	891.201.845-2
DIRECCION	CL 4 NRO. 8 - 18 BARRIO CENTRO	CIUDAD	COLON, PUTUMAYO	TELEFONO	3153765966
ASEGURADO	ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON			NIT	891.201.845-2
DIRECCION	CL 4 NRO. 8 - 18 BARRIO CENTRO	CIUDAD	COLON, PUTUMAYO	TELEFONO	3153765966
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DE LA PRESENTE Y A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE ACLARA QUE LA PRESENTE POLIZA TIENE COMO ASEGURADO ADICIONAL AL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO NIT 800094164-4 DE CONFORMIDAD CON EL CONVENIO INTERADMINSITRATIVO No 038-2024, OBJETO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA EL FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA ESE HOSPITAL PIO XII DEL MUNICIPIO DE COLON DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

POR MEDIO DE LA PRESENTE Y A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE ACLARA QUE LA PRESENTE POLIZA TIENE COMO ASEGURADO ADICIONAL AL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO NIT 800094164-4 DE CONFORMIDAD CON EL CONVENIO INTERADM INSITRATIVO No 040-2024, OBJETO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA LA ADQUISION DE EQUIPOS DISPOSITIVOS Y MOBILIARIO NECESARIO PARA LA OPERATIVIDAD DE LA E.S.E HOSPITAL PIO XII MUNICIPIO DE COLON, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

