

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4752527095

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000069

ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.

COD. AGE: 475

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
12 12 2025

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2025 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2026 23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO
12 12 2025

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2025 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS DIAS
17 12 2026 23:59 365

VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1

DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS

CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER

TELÉFONO: 6075956185

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1

DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS

CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER

TELÉFONO: 6075956185

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER

CIUDAD: CÚCUTA

DIRECCION: CALLE 14A No. 2E-85 ED SARIS P 2 Y 3

ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LIMITE POR EVENTO

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO

\$ 900,000,000.00

RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL

900,000,000.00

TRANSPORTE EN AMBULANCIA

900,000,000.00

0.00

USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA

900,000,000.00

0.00

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

900,000,000.00

0.00

GASTOS DE DEFENSA

135,000,000.00

0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

RENOVACION 2025 - 2026

TOMADOR: NEUROCOOP S.A.S.

ASEGURADO: NEUROCOOP S.A.S.

BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CL 14A NRO. 2E-85 ED SARIS PISOS 2 Y 3

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 0

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***900,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****29,700,000

GASTOS EXPEDICION:
\$ ****15,000.00

IVA:
\$ ****5,645,850

TOTAL A PAGAR:
\$ *****35,360,850

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE
CCA ASESORES EN SEGUROS LTDA

CLAVE
7818

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000475252709

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

FIRMA TOMADOR



RENAVARRO 0

CADF257A080DFB7959

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1
ASEGURADO: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

VIGENCIA: 365 días, A partir del día 17 del mes de DICIEMBRE del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO DEL SEGURO:

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE, 17 DE DICIEMBRE DEL 2024, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD OCURRENCIA, por los siguientes eventos:
o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
o Suministro de medicamentos.
o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 15% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$ 2.000.000.
o Por Evento: COP \$ 5.000.000.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$5.000.000 por evento / vigencia.

Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en carátula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad

Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.

Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.

Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se adicionan las siguientes:

Asegurado contra Asegurado.

Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.

Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.

Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos

derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.

Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.

Se modifica la exclusión 6 del ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES

6.

6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4752527095

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000069

ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.

COD. AGE: 475

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
30 12 2025

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2025 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
30 12 2025

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
30 12 2025 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DÍAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1

DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS

CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER

TELÉFONO: 6075956185

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1

DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS

CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER

TELÉFONO: 6075956185

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER

CIUDAD: CÚCUTA

DIRECCIÓN: CALLE 14A No. 2E-85 ED SARIS P 2 Y 3

ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LÍMITE POR EVENTO

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO

\$ 900,000,000.00

RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL

900,000,000.00

TRANSPORTE EN AMBULANCIA

900,000,000.00

0.00

USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA

900,000,000.00

0.00

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

900,000,000.00

0.00

GASTOS DE DEFENSA

135,000,000.00

0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE HACE COSTAR QUE SUJETO A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE RIGEN EL PRESENTE SEGURO CONFORME A SUS COBERTURAS, VALOR ASEGURADO, VIGENCIA, SUBLÍMITES, DEDUCIBLES, EXCLUSIONES, GARANTÍAS, Y DEMAS CONDICIONES QUE LO RIGEN, LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EN CALIDAD DE TERCEROS A LOS PACIENTES Y/O USUARIOS AFILIADOS A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 Y QUE RECIBAN DEL ASEGURADO EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD, CON OCASIÓN A LA EJECUCIÓN Y DESARROLLO DEL SIGUIENTE CONTRATO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-064-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 2.765.238.000

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****0.00

VALOR PRIMA:
\$ *****0.00

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****0

TOTAL A PAGAR:
\$ *****0

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE
CCA ASESORES EN SEGUROS LTDA

CLAVE
7818

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000475252709

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CADF257A080CF47658

RNAVARRO 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-065-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 1.602.720.000

SE EXCLUYEN DE ESTE SEGURO, LOS COSTOS, GASTOS U HONORARIOS DE DEFENSA DONDE EL DEMANDADO SEA PERSONA O ENTIDAD DIFERENTE AL TOMADOR Y ASEGURADO SEÑALADOS EN EL PRESENTE SEGURO, ASÍ MISMO SE ACLARA QUE NO EXISTIRÁ DOBLE INDEMNIZACIÓN POR LOS MISMOS HECHOS GENERADORES DE RESPONSABILIDAD, NI SE PAGARAN GASTOS DE DEFENSA DIFERENTES A LOS QUE SE OCASIONEN CON OBJETO DE LOS ACTOS MÉDICOS AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA EXCLUSIVAMENTE A NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 COMO TITULAR DE LA PÓLIZA.

SE EXCLUYE RECLAMACIONES DE ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

EL PRESENTE ENDOSO NO SE CONSTITUYE UNA GARANTIA DEL CONTRATO

LOS DÉMAS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTE

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4752527095

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000069 ANEXO:7

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGE: 475 RAMO: 88 PAP:
DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
06 01 2026 23:59 17 12 2025 23:59 17 12 2026 23:59 06 01 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA VIGENCIA DEL ANEXO
DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA
06 01 2026 23:59 17 12 2026 23:59 17 12 2026 23:59 345
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1
DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER TELÉFONO: 6075956185

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1
DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER TELÉFONO: 6075956185
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER CIUDAD: CÚCUTA
DIRECCION: CALLE 14A No. 2E-85 ED SARIS P 2 Y 3
ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO \$ 900,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL 900,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA 900,000,000.00 0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA 900,000,000.00 0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 900,000,000.00 0.00
GASTOS DE DEFENSA 135,000,000.00 0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMIV en RESPONSABILIDAD CIVIL
INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE
MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE HACE COSTAR QUE SUJETO A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE RIGEN EL PRESENTE SEGURO CONFORME A SUS COBERTURAS, VALOR ASEGURADO, VIGENCIA, SUBLIMITES, DEDUCIBLES, EXCLUSIONES, GARANTÍAS, Y DEMAS CONDICIONES QUE LO RIGEN, LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EN CALIDAD DE TERCEROS A LOS PACIENTES Y/O USUARIOS AFILIADOS A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 Y QUE RECIBAN DEL ASEGURADO EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD, CON OCASIÓN A LA EJECUCIÓN Y DESARROLLO DEL SIGUIENTE CONTRATO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-147-2025 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 900.000.000

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
CCA ASESORES EN SEGUROS LTDA 7818 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART 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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIEN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000007000475252709

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

FIRMA TOMADOR

RNAVARRO 0

CADF257A080BFE7E5E

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 7

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCFC50-033-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 260.000.000

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCFC50-063-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 40.000.000

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCFC50-063-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 40.000.000

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-064-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 2.765.238.000

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-065-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 1.602.720.000

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-111-2026 de 2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 700.000.000

SE EXCLUYEN DE ESTE SEGURO, LOS COSTOS, GASTOS U HONORARIOS DE DEFENSA DONDE EL DEMANDADO SEA PERSONA O ENTIDAD DIFERENTE AL TOMADOR Y ASEGURADO SEÑALADOS EN EL PRESENTE SEGURO, ASÍ MISMO SE ACLARA QUE NO EXISTIRÁ DOBLE INDEMNIZACIÓN POR LOS MISMOS HECHOS GENERADORES DE RESPONSABILIDAD, NI SE PAGARAN GASTOS DE DEFENSA DIFERENTES A LOS QUE SE OCASIONEN CON OBJETO DE LOS ACTOS MÉDICOS AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA EXCLUSIVAMENTE A NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 COMO TITULAR DE LA PÓLIZA.

SE EXCLUYE RECLAMACIONES DE ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

EL PRESENTE ENDOSO NO SE CONSTITUYE UNA GARANTIA DEL CONTRATO

LOS DÉMAS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTE

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4752527095

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000069

ANEXO:8

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.**

COD. AGE: 475

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
16 01 2026

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2025 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA MES AÑO

16 01 2026

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
16 01 2026 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
17 12 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO
16 01 2026

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.301.770-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS**

CIUDAD: **CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER**

TELÉFONO: **6075956185**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.301.770-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS**

CIUDAD: **CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER**

TELÉFONO: **6075956185**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NORTE DE SANTANDER**

CIUDAD: **CÚCUTA**

DIRECCION: **CALLE 14A No. 2E-85 ED SARIS P 2 Y 3**

ACTIVIDAD: **INSTITUCION MEDICA**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 900,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		900,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		900,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		900,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		900,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		135,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE HACE COSTAR QUE SUJETO A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE RIGEN EL PRESENTE SEGURO CONFORME A SUS COBERTURAS, VALOR ASEGURADO, VIGENCIA, SUBLIMITES, DEDUCIBLES, EXCLUSIONES, GARANTÍAS, Y DEMAS CONDICIONES QUE LO RIGEN, LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EN CALIDAD DE TERCEROS A LOS PACIENTES Y/O USUARIOS AFILIADOS A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 Y QUE RECIBAN DEL ASEGURADO EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD, CON OCASIÓN A LA EJECUCIÓN Y DESARROLLO DEL SIGUIENTE CONTRATO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N CCF050-112-2026 de 2026 SUSCRITO ENTRE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO NIT: 890.500.675-6 y NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 CON INICIO DE VIGENCIA DESDE 01 DE ENERO DEL 2026 HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 VALOR DEL CONTRATO 1,000,000,000

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
CCA ASESORES EN SEGUROS LTDA 7818 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART 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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000475252709

FIRMA TOMADOR

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

CADF257A080AFC775B

CLIENTE

RNAVARRO 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

SE EXCLUYEN DE ESTE SEGURO, LOS COSTOS, GASTOS U HONORARIOS DE DEFENSA DONDE EL DEMANDADO SEA PERSONA O ENTIDAD DIFERENTE AL TOMADOR Y ASEGURADO SEÑALADOS EN EL PRESENTE SEGURO, ASÍ MISMO SE ACLARA QUE NO EXISTIRÁ DOBLE INDEMNIZACIÓN POR LOS MISMOS HECHOS GENERADORES DE RESPONSABILIDAD, NI SE PAGARAN GASTOS DE DEFENSA DIFERENTES A LOS QUE SE OCASIONEN CON OBJETO DE LOS ACTOS MÉDICOS AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA EXCLUSIVAMENTE A NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 COMO TITULAR DE LA PÓLIZA.

SE EXCLUYE RECLAMACIONES DE ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

EL PRESENTE ENDOSO NO SE CONSTITUYE UNA GARANTIA DEL CONTRATO

LOS DÉMAS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4752527095

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000069 ANEXO:9

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.				COD. AGE: 475		RAMO: 88		PAP:			
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
20	04	2026		17	12	2025	23:59	17	12	2026	23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			
								365			
								FECHA DE IMPRESIÓN			
								20 04 2026			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL											
TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
				17	04	2026	23:59	17	12	2026	23:59	244
				VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S		IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1	
DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS		TELÉFONO: 6075956185	
CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S		IDENTIFICACIÓN: NIT 900.301.770-1	
DIRECCIÓN: CALLE 14 A # 2E-85 BARRIO CAOBOS		TELÉFONO: 6075956185	
CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER	CIUDAD: CÚCUTA	
DIRECCION: CALLE 14A No. 2E-85 ED SARIS P 2 Y 3			
ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA			

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 900,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		900,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		900,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		900,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		900,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		135,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE HACE COSTAR QUE SUJETO A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE RIGEN EL PRESENTE SEGURO CONFORME A SUS COBERTURAS, VALOR ASEGURADO, VIGENCIA, SUBLIMITES, DEDUCIBLES, EXCLUSIONES, GARANTÍAS, Y DEMAS CONDICIONES QUE LO RIGEN, LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EN CALIDAD DE TERCEROS A LOS PACIENTES Y/O USUARIOS AFILIADOS A EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES EJERCITO NACIONAL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA NIT : 899.999.003-1 Y QUE RECIBAN DEL ASEGURADO EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD, CON OCASIÓN A LA EJECUCIÓN Y DESARROLLO DEL SIGUIENTE CONTRATO:

ACTA No. 11634553/

REG. AL FOLIO: 2026329011634553/

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

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE CCA ASESORES EN SEGUROS LTDA	CLAVE 7818	%PART 100.00	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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000475252709	FIRMA TOMADOR

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

CADF257A070EF97C58

CLIENTE



RNAVARRO 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000069 ANEXO: 9

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
ASEGURADO:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.301.770-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

RECONOCIMIENTO DEL GASTO, DE LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES; QUE PERMITA LA CONTRATACIÓN OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN LAS ÁREAS DE NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS AFINES, DIRIGIDOS A LOS BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER, PARA LA VIGENCIA 2026.

ACTA No. 9867040/

REG. AL FOLIO: 2026329009867040/

RECONOCIMIENTO DEL GASTO, DE LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES; QUE PERMITA LA CONTRATACIÓN OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE), SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO NO 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No 0041 DEL 2016 PARA ESM BIROV13 PAMPLONA NORTE DE SANTANDER, PARA LA VIGENCIA 2026.

SE EXCLUYEN DE ESTE SEGURO, LOS COSTOS, GASTOS U HONORARIOS DE DEFENSA DONDE EL DEMANDADO SEA PERSONA O ENTIDAD DIFERENTE AL TOMADOR Y ASEGURADO SEÑALADOS EN EL PRESENTE SEGURO, ASÍ MISMO SE ACLARA QUE NO EXISTIRÁ DOBLE INDEMNIZACIÓN POR LOS MISMOS HECHOS GENERADORES DE RESPONSABILIDAD, NI SE PAGARAN GASTOS DE DEFENSA DIFERENTES A LOS QUE SE OCASIONEN CON OBJETO DE LOS ACTOS MÉDICOS AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA EXCLUSIVAMENTE A NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S A S NIT: 900.301.770-1 COMO TITULAR DE LA PÓLIZA.

SE EXCLUYE RECLAMACIONES DE ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

EL PRESENTE ENDOSO NO SE CONSTITUYE UNA GARANTIA DEL CONTRATO

LOS DÉMAS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTE

CLIENTE