

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL



NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4210245074

PÓLIZA No: 420 -74 - 994000013980

ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGE: 420

RAMO: 74

PAP:

DIA MES AÑO
16 04 2026

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
15 04 2026 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 08 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA MES AÑO
16 04 2026

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICIÓN

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
15 04 2026 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 08 2026 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HEALTH CARE NETWORK S.A.S

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.508.464-0

DIRECCIÓN: CALLE 38N NO. 2AN - 03

CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA

TÉLEFONO: 6023706398

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

DIRECCIÓN: CALLE 72U #28F-00 POBLADO

CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA

TÉLEFONO: 6023194015

BENEFICIARIO: TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: SI 3.003.025

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL NIT : 805027337

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

CIUDAD: CALI

DIRECCIÓN: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ACTIVIDAD: CONTRATO DE SUMINISTROS

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL

MANZANA:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 350,181,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350,181,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	350,181,000.00		
	RCE PATRONAL	350,181,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	350,181,000.00		
	GASTOS MEDICOS	350,181,000.00		
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	350,181,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

BENEFICIARIOS

SI 3003025 - TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

ASEGURADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. Y/O HEALTH CARE NETWORK S.A.S

BENEFICIARIOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E. Y/O TERCEROS QUE RESULTAREN AFECTADOS

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATO No. 100.23.21.20260026, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: SUMINISTRO E INSTALACION DE SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO PARA EL PROYECTO DE REPOSICIÓN Y AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE CIRUGÍA Y PEDIATRÍA, HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO DE CALI. EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO MEJORAMIENTO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE SANTIAGO DE CALI CON BP 26005323.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ ***350,181,000.00	\$ *****397,192	****10,000.00	\$ *****77,366	\$ *****484,558

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
LAS TRES EMES AGENCIA DE SEGUROS LTD	4164	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.

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)0000000007000421024507

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

FIRMA TOMADOR

MANMARTINEZ 0

CADA21780D0BF97E58

CLIENTE

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: 994000013980	ANEXO: 0	TIPO DE MOVIMIENTO: 0	PAGINA: 2
TOMADOR: HEALTH CARE NETWORK S.A.S	IDENTIFICACION: 900.508.464-0		

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. 6 NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMP	805027337-4	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRE	CALI	350,181,000.00	397,192	474,558
						PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
						397,192	474,558



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4210245066

PÓLIZA No: 420-47-994000050826 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE	COD. AGENCIA: 420	RAMO: 47
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION	
DIA MES AÑO 16 04 2026		DIA MES AÑO 16 04 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE IMPRESIÓN

NOMBRE: HEALTH CARE NETWORK S.A.S	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.508.464-0
DIRECCIÓN: CALLE 38N NO. 2AN - 03	CUIDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA
	TELÉFONO: 6023706398

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4
BENEFICIARIO: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

AMPAROS			
GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS			
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	15/04/2026	28/02/2027	204,467,846.80
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	15/04/2026	31/08/2029	81,787,138.72
CALIDAD DEL BIEN	15/04/2026	28/02/2027	204,467,846.80

BENEFICIARIOS
NIT 805027337 - RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO No. 100.23.21.20260026, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: SUMINISTRO E INSTALACION DE SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO PARA EL PROYECTO DE REPOSICIÓN Y AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE CIRUGÍA Y PEDIATRÍA, HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO DE CALI. EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO MEJORAMIENTO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE SANTIAGO DE CALI CON BP 26005323.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***490,722,832.32	VALOR PRIMA: \$ *****2,893,024	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****552,525	TOTAL A PAGAR: \$ *****3,460,549
NOMBRE INTERMEDIARIO LAS TRES EMES AGENCIA DE SEGUROS LTD	CLAVE 4164	%PART 100.00	NOMBRE COMPANIA COASEGURO CEDIDO	%PART VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR AL: https://www.solidaria.com.co/web_digital/cliente/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

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  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000421024506

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADA21780D0BF97E59

CLIENTE



DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:

994000050826

Número de anexo:

0

Agencia:

CALI NORTE

Ramo:

CUMP. ENT. ESTATALES

Asegurado / Beneficiario:

RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Tomador / Garantizado:

HEALTH CARE NETWORK S.A.S

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CALIDAD DEL BIEN	miércoles, 15 de abril de 2026	domingo, 28 de febrero de 2027	\$204,467,846.80
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	miércoles, 15 de abril de 2026	viernes, 31 de agosto de 2029	\$81,787,138.72
CUMPLIMIENTO	miércoles, 15 de abril de 2026	domingo, 28 de febrero de 2027	\$204,467,846.80

Nueva Consulta

Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 3.1.0 o superiores. Configuración : 1024 x 768
Dirección: Calle 100 No. 9A - 45, Pisos 8 y 12, PBX : 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Reservados