SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RAPIESTADO

## RCE CONTRATO ESTATAL

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | 60 | 60-54-101002201 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 10 | 2026 | 21 | 08 | 2026 | 00:00 | 21 | 11 | 2026 | 23:59 | ANEXO DE PRORROGA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|
| ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S. | NIT: 901.414.396-7 | CR 9 NRO. 25 - 25 LOCAL 113 | PEREIRA, RISARALDA | 3105097142 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO: | IDENTIFICACIÓN | DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|
| ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S. | NIT: 901.414.396-7 | CR 9 NRO. 25 - 25 LOCAL 113 | PEREIRA, RISARALDA | 3105097142 |

BENEFICIARIO: 891480036 - ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL Y/O TERCEROS AFECTADOS

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I, 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 EN QUE INCURRA EL TOMADOR/ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO NO. 274-2026 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATISTA SE OBLIGA PARA CON LA E.S.E.HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL A PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO EN AMBULANCIA, BAJO LA MODALIDAD POR EVENTO, CON EL FIN DE GARANTIZAR EL TRASLADO DE PACIENTES QUE REQUIERAN SER REMITIDOS A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD, CUANDO LA CAPACIDAD OPERATIVA INSTITUCIONAL RESULTE INSUFICIENTE PARA CUBRIR LA DEMANDA DEL SERVICIO

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| **PREDIOS LABORES Y OPERACIONES** | 21/08/2026 | 21/11/2026 | $350,181,000.00 | $350,181,000.00 |

DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV

### ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ADICION Y PRORROGA N1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro. 274 - 2026, SE ADICIONA $7.500.000 Y SE PRORROGA HASTA EL 20/11/2026

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *****118,965.00 | $ *******3,000.00 | $ ******23,173.00 | $ **********145,139.00 | $ ******350,181,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| PATRIMONIO SEGURO AGENCIA DE SEGURO | 184497 | 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 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA***

60-54-101002201

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

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 RAPIESTADO

## RCE CONTRATO ESTATAL

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **ARMENIA** | **ARMENIA** | **60** | **60-54-101002201** | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **19** | **10** | **2026** | **21** | **08** | **2026** | **00:00** | **21** | **11** | **2026** | **23:59** | **ANEXO DE PRORROGA** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S.** | **NIT: 901.414.396-7** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO: |
|---|---|---|
| CR 9 NRO. 25 - 25 LOCAL 113 | PEREIRA, RISARALDA | 3105097142 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO: | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S.** | **NIT: 901.414.396-7** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 9 NRO. 25 - 25 LOCAL 113 | PEREIRA, RISARALDA | 3105097142 |

BENEFICIARI 891480036 - ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL Y/O TERCEROS AFECTADOS




| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ *****118,965.00 | $ *******3,000.00 | $ ******23,173.00 | $ **********145,139.00 | $ ******350,181,000.00 | 19 | 10 | 2026 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑÍA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| PATRIMONIO SEGURO AGENCIA DE SEGURO | 184497 | 100.00 | | | |

PLAN DE PAGO CONTADO

**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 T RACIÓN**

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| **BANCO** | **CHEQUE No.** | **VALOR** |
| | | |

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO** | |
| **CHEQUE** | |
| **TOTAL $** | |

***DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA***

(415)7709998021167(8020)11000202321488(3900)000000145139(96)20270821

**REFERENCIA PAGO:**

**1100020232148-8**

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

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 RAPIESTADO

## RCE CONTRATO ESTATAL

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | 60 | 60-54-101002201 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 10 | 2026 | 21 | 08 | 2026 | 00:00 | 21 | 11 | 2026 | 23:59 | ANEXO DE PRORROGA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

**NOMBRE O RAZON SOCIAL** ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S. **IDENTIFICACIÓN** NIT: 901.414.396-7

**DIRECCIÓN:** CR 9 NRO. 25 - 25 LOCAL 113 **CIUDAD:** PEREIRA, RISARALDA **TELÉFONO:** 3105097142

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

**ASEGURADO:** ASISTENCIA REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS S.A.S. **IDENTIFICACIÓN** NIT: 901.414.396-7

**DIRECCIÓN:** CR 9 NRO. 25 - 25 LOCAL 113 **CIUDAD:** PEREIRA, RISARALDA **TELÉFONO:** 3105097142

**BENEFICIARIO:** 891480036 - ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL Y/O TERCEROS AFECTADOS

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 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

60-54-101002201

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

**ISAACSOLAYA**