



NIT. 860.009.578-6

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

## RCE CONTRATOS

|                                 |                               |    |                   |             |                               |               |                              |            |
|---------------------------------|-------------------------------|----|-------------------|-------------|-------------------------------|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>PASTO   |                               |    | SUCURSAL<br>PASTO |             |                               | COD.SUC<br>41 | NO.PÓLIZA<br>41-40-101051477 | ANEXO<br>4 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |    |                   | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO              |            |
| 28 04 2025                      | 22                            | 03 | 2024              | 00:00       | 13 05 2031                    | 23:59         | ANEXO DE PRORROGA            |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                           |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4 |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA            |
|                                           | TELÉFONO: 3043935212              |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5 |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                                | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA            |
|                                                                                                | TELÉFONO 8234508                  |
| BENEFICIARIO: 891580002 - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |                                   |

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-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:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS EN EL CONTRATO DE OBRA CIVIL No. 358 DE 2023, QUE TIENE COMO OBJETO: CONSTRUCCION DE EDIFICIO PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, PROCESOS DE INNOVACION-INVESTIGACION Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E, SEGUN PROYECTO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Y RECURSOS ASIGNADOS MEDIANTE RESOLUCION No. 1832 DEL 8 DE NOVIEMBRE DE 2023.

## AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

| 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 | 22/03/2024     | 13/05/2031     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |
| DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 22/03/2024     | 13/05/2031     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |
| PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES  | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 22/03/2024     | 13/05/2031     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |

## ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DA APLICACION A OTRO SI MODIFICATORIO NUMERO 1 AL CONTRATO DE OBRA CIVIL No. 358 DE 2023, PRORROGANDO EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO POR EL TERMINO DE CIENTO SETENTA Y DOS (172) DIAS CALENDARIO.

| VALOR PRIMA NETA                 | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA               | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL   | PLAN DE PAGO    |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|-----------------|
| \$ ***1,912,847.00               | \$ *****3,000.00  | \$ ****364,011.00 | \$ *****2,279,858.00   | \$ ****1,623,696,428.45 | CONTADO         |
| INTERMEDIARIO                    |                   |                   | DISTRIBUCION COASEGURO |                         |                 |
| NOMBRE                           | CLAVE             | % DE PART.        | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART.                 | VALOR ASEGURADO |
| NARVAEZ ASESORES DE SEGUROS LTDA | 225483            | 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 CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-40-101051477

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



Isabel Giraldo

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<br>PASTO                 |  |  | SUCURSAL<br>PASTO                           |  |  | COD.SUC<br>41        |  | NO.PÓLIZA<br>41-40-101051477                |  | ANEXO<br>4           |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>28 04 2025 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>22 03 2024 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 |  | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>13 05 2031 |  | A LAS HORAS<br>23:59 |  |
|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  | TIPO MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA        |  |                      |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                           |  |  |  |  |  |                        |  |                                   |  |                      |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET |  |  |  |  |  |                        |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4 |  |                      |  |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    |  |  |  |  |  | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA |  |                                   |  | TELÉFONO: 3043935212 |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                                                                |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |                                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|--|
| ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                |  |  |  |  |                        |  |  |  |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5 |  |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                                |  |  |  |  | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA |  |  |  |  | TELÉFONO: 8234508                 |  |
| BENEFICIARIO: 891580002 - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |                                   |  |

| AMPAROS                        | DEDUCIBLE                                            | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL   | SUMA ASEG ANTERIOR |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------|
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 22/03/2024     | 13/05/2031     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 22/03/2024     | 13/05/2031     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 22/03/2024     | 13/05/2031     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |

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 CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-40-101051477

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF225483B



NIT. 860.009.578-6

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

## RCE CONTRATOS

|                                 |                               |  |                   |                               |  |               |                              |            |
|---------------------------------|-------------------------------|--|-------------------|-------------------------------|--|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>PASTO   |                               |  | SUCURSAL<br>PASTO |                               |  | COD.SUC<br>41 | NO.PÓLIZA<br>41-40-101051477 | ANEXO<br>4 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS       | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO              |            |
| 28 04 2025                      | 22 03 2024                    |  | 00:00             | 13 05 2031                    |  | 23:59         | ANEXO DE PRORROGA            |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                           |                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4              |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA<br>TELÉFONO: 3043935212 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                 |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5          |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                 | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA<br>TELÉFONO 8234508 |

BENEFICIARIO:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

## CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO



PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

|                                        |                                       |                           |                                       |                                                  |                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ ***1,912,847.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****3,000.00 | IVA<br>\$ *****364,011.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****2,279,858.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ ****1,623,696,428.45 | PLAN DE PAGO<br>CONTADO |
| INTERMEDIARIO                          |                                       |                           | DISTRIBUCION COASEGURO                |                                                  |                         |
| NOMBRE                                 | CLAVE                                 | % DE PART.                | NOMBRE COMPAÑIA                       | % PART.                                          | VALOR ASEGURADO         |
| NARVAEZ ASESORES DE SEGUROS LTDA       | 225483                                | 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 CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

## FORMA DE PAGO

| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|-------|------------|-------|
|       |            |       |

|           |  |
|-----------|--|
| EFFECTIVO |  |
| CHEQUE    |  |
| TOTAL \$  |  |



(415)7709998021167 (8020)11009610188095 (3900)000002279858 (96)20250322

REFERENCIA  
PAGO:  
1100961018809-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**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<br>PASTO                 |  |  | SUCURSAL<br>PASTO                           |  |  | COD.SUC<br>41        |  | NO.PÓLIZA<br>41-40-101051477                |  | ANEXO<br>4           |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>28 04 2025 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>22 03 2024 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 |  | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>13 05 2031 |  | A LAS HORAS<br>23:59 |  |
|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  | TIPO MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA        |  |                      |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                           |  |  |  |  |  |                        |  |                                   |  |                      |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET |  |  |  |  |  |                        |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4 |  |                      |  |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    |  |  |  |  |  | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA |  |                                   |  | TELÉFONO: 3043935212 |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                                                                |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|
| ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                |  |  |  |  |  |                        |  |  |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5 |  |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                                |  |  |  |  |  | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA |  |  |  | TELÉFONO: 8234508                 |  |
| BENEFICIARIO: 891580002 - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                                   |  |

**TEXTO ACLARATORIO**

**PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :**

| NOMBRE                                                 | IDENTIFICACION | PARTICIPACION |
|--------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| GAITAN CARDENAS ALVARO EDUARDO                         | 19289121-3     | 45.00         |
| CORDOBA MUNOZ CARLOS ALBERTO                           | 10301884-2     | 45.00         |
| CASA ODONTOLOGICA IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA S.A.S | 900552695-1    | 10.00         |

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 CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-40-101051477

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF225483B

3



NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                 |                               |    |                   |             |                               |               |                              |            |
|---------------------------------|-------------------------------|----|-------------------|-------------|-------------------------------|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>PASTO   |                               |    | SUCURSAL<br>PASTO |             |                               | COD.SUC<br>41 | NO.PÓLIZA<br>41-44-101279178 | ANEXO<br>4 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |    |                   | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO              |            |
| 28 04 2025                      | 22                            | 03 | 2024              | 00:00       | 22 11 2030                    | 23:59         | ANEXO DE PRORROGA            |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                           |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4 |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA            |
|                                           | TELÉFONO: 3043935212              |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5 |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                                   | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA            |
|                                                                                                   | TELÉFONO 8234508                  |

ADICIONAL:

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO DE OBRA CIVIL No. 358 DE 2023, QUE TIENE COMO OBJETO: CONSTRUCCION DE EDIFICIO PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, PROCESOS DE INNOVACION-INVESTIGACION Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E, SEGUN PROYECTO APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Y RECURSOS ASIGNADOS MEDIANTE RESOLUCION No. 1832 DEL 8 DE NOVIEMBRE DE 2023.

## AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

| AMPAROS                                                                     | VIGENCIA DESDE                       | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL   | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                                                   | 22/03/2024                           | 13/09/2026     | \$6,494,785,713.80 | \$6,494,785,713.80 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 22/03/2024                           | 13/05/2029     | \$1,623,696,428.45 | \$1,623,696,428.45 |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO                               | 22/03/2024                           | 13/09/2026     | \$9,742,178,570.70 | \$9,742,178,570.70 |
| ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA                                            | SI AMPARA 5 AÑOS, 0 MESES Y 0 DÍAS * |                | \$3,247,392,856.90 | \$3,247,392,856.90 |

## 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

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DA APLICACION A OTRO SI MODIFICATORIO NUMERO 1 AL CONTRATO DE OBRA CIVIL No. 358 DE 2023, PRORROGANDO EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO POR EL TERMINO DE CIENTO SETENTA Y DOS (172) DIAS CALENDARIO.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE ACLARA LA VIGENCIA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA:

|                                            |                              |                              |                                      |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| AMPARO<br>ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA | VIGENCIA DESDE<br>13/05/2026 | VIGENCIA HASTA<br>13/05/2031 | SUMA ASEGURADA<br>\$3,247,392,856.90 |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

| VALOR PRIMA NETA                 | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA                | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL   | PLAN DE PAGO    |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|-----------------|
| \$ **25,503,155.00               | \$ *****8,000.00  | \$ ***4,847,119.00 | \$ *****30,358,274.00  | \$ ***21,108,053,569.85 | CONTADO         |
| INTERMEDIARIO                    |                   |                    | DISTRIBUCION COASEGURO |                         |                 |
| NOMBRE                           | CLAVE             | % DE PART.         | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART.                 | VALOR ASEGURADO |
| NARVAEZ ASESORES DE SEGUROS LTDA | 225483            | 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 CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-44-101279178

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



Isabel Giraldo

FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                 |                               |  |                   |                               |  |               |                              |            |
|---------------------------------|-------------------------------|--|-------------------|-------------------------------|--|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>PASTO   |                               |  | SUCURSAL<br>PASTO |                               |  | COD.SUC<br>41 | NO.PÓLIZA<br>41-44-101279178 | ANEXO<br>4 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS       | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  | A LAS HORAS   | TIPO MOVIMIENTO              |            |
| 28 04 2025                      | 22 03 2024                    |  | 00:00             | 22 11 2030                    |  | 23:59         | ANEXO DE PRORROGA            |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                           |                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4              |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA<br>TELÉFONO: 3043935212 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                   |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5          |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                                   | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA<br>TELÉFONO 8234508 |

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

## CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO



Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189



Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

|                                        |                                       |                           |                                        |                                                  |                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ **25,503,155.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****8,000.00 | IVA<br>\$ ***4,847,119.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****30,358,274.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ ***21,108,053,569.85 | PLAN DE PAGO<br>CONTADO |
| INTERMEDIARIO                          |                                       |                           | DISTRIBUCION COASEGURO                 |                                                  |                         |
| NOMBRE                                 | CLAVE                                 | % DE PART.                | NOMBRE COMPAÑIA                        | % PART.                                          | VALOR ASEGURADO         |
| NARVAEZ ASESORES DE SEGUROS LTDA       | 225483                                | 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 CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

## FORMA DE PAGO

| BANCO     | CHEQUE No. | VALOR |
|-----------|------------|-------|
|           |            |       |
| EFFECTIVO |            |       |
| CHEQUE    |            |       |
| TOTAL \$  |            |       |



(415) 7709998021167 (8020) 11009610188088 (3900) 000030358274 (96) 20250322

REFERENCIA  
PAGO:  
1100961018808-8

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  |                      |  |
|-----------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--|--|----------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>PASTO                 |  |  | SUCURSAL<br>PASTO                           |  |  | COD.SUC<br>41        |  | NO.PÓLIZA<br>41-44-101279178                |  | ANEXO<br>4           |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>28 04 2025 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>22 03 2024 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 |  | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>22 11 2030 |  | A LAS HORAS<br>23:59 |  |
|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  | TIPO MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA        |  |                      |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                           |  |  |  |  |  |                        |  |                                   |  |                      |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL<br>CONSORCIO EVOLET |  |  |  |  |  |                        |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 901.784.507-4 |  |                      |  |
| DIRECCIÓN: CR 11 8N 50 BRR SANTA CLARA    |  |  |  |  |  | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA |  |                                   |  | TELÉFONO: 3043935212 |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                                                                   |  |  |  |  |  |                        |  |                                   |  |                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |  |  |  |  |  |                        |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 891.580.002-5 |  |                   |  |
| DIRECCIÓN: KR 6 NRO. 10 N - 142                                                                   |  |  |  |  |  | CIUDAD: POPAYAN, CAUCA |  |                                   |  | TELÉFONO: 8234508 |  |

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :

| NOMBRE                                                 | IDENTIFICACION | PARTICIPACION |
|--------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| GAITAN CARDENAS ALVARO EDUARDO                         | 19289121-3     | 45.00         |
| CORDOBA MUNOZ CARLOS ALBERTO                           | 10301884-2     | 45.00         |
| CASA ODONTOLOGICA IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA S.A.S | 900552695-1    | 10.00         |

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, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO

41-44-101279178

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF225483B