



NIT. 860.009.578-6

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

## RCE CONTRATOS

|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  |                                      |  |
|-----------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--|--|----------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C.          |  |  | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - CALLE 98   |  |  | COD.SUC<br>63        |  | NO.PÓLIZA<br>63-40-101033257                |  | ANEXO<br>1                           |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>28 08 2024 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>12 07 2024 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 |  | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>31 10 2024 |  | A LAS HORAS<br>23:59                 |  |
|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  | TIPO MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA |  |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                                               |  |  |  |  |  |                                        |  |                                   |  |                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>ORGANIZACIONES DE IMAGENOLOGIA COLOMBIANA O I C S.A. |  |  |  |  |  |                                        |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 830.009.112-9 |  |                      |  |
| DIRECCIÓN: CR 13 NRO. 97 - 51 OFICINA 401                                     |  |  |  |  |  | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                   |  | TELÉFONO: 3115929614 |  |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                   |  |  |                             |                                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|
| ASEGURADO: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6                |  |  |                             | IDENTIFICACIÓN NIT: 811.032.059-3 |                  |
| DIRECCIÓN: CARRERA 43A NO. 48C SUR 45                             |  |  | CIUDAD: ENVIGADO, ANTIOQUIA |                                   | TELÉFONO 3390738 |
| BENEFICIARIO: 811032059 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6 |  |  |                             |                                   |                  |

## 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:

CONTRATO NO 65-7-20141-24  
PRESTACION DE SERVICIOS APOYO DIAGNOSTICO, ULTRASONOGRAFIAS, RADIOLOGIA, MAMOGRAFIA, Y AQUELLOS SERVICIO QUE POR NECESIDAD SE REQUIERA Y ESTEN CONTEMPLADOS SEGUN ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIA), IGUALMENTE PARA AQUELLAS ATENCIONES ORDENADAS, MEDIANTE FALLOS DE TUTELAS Y/O ORDENES JUDICIALES, DERECHOS DE PETICION Y COMITE TECNICO CIENTIFICO-CTC, RELACIONADOS CON EL OBJETO DEL PROCESO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA URABA

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| 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 | 12/07/2024     | 31/10/2024     | \$260,000,000.00 | \$260,000,000.00   |
| DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 12/07/2024     | 31/10/2024     | \$260,000,000.00 | \$260,000,000.00   |
| PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES  | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 12/07/2024     | 31/10/2024     | \$260,000,000.00 | \$260,000,000.00   |

## ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AJUSTE DE VIGENCIAS Y VALOR ASEGURADO DE ACUERDO A MODIFICACION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 65-7-20141-24

| VALOR PRIMA NETA                   | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA               | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL  | PLAN DE PAGO    |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------------|-----------------|
| \$ ****110,410.00                  | \$ *****3,000.00  | \$ *****21,548.00 | \$ *****134,959.00     | \$ *****260,000,000.00 | CONTADO         |
| INTERMEDIARIO                      |                   |                   | DISTRIBUCION COASEGURO |                        |                 |
| NOMBRE                             | CLAVE             | % DE PART.        | NOMBRE COMPAÑIA        | % PART.                | VALOR ASEGURADO |
| MARGARITA EMIRA HERNANDEZ MOGOLLON | 220437            | 100.00            |                        |                        |                 |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA 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 TRV. 19 NO. 98 - 12 - TELEFONO: 6232600 - BOGOTA, D.C.

63-40-101033257

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR



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

## RCE CONTRATOS

| DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO           |  |                                                      |                                   |
|-------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL                     |  | ORGANIZACIONES DE IMAGENOLOGIA COLOMBIANA O I C S.A. | IDENTIFICACIÓN NIT: 830.009.112-9 |
| DIRECCIÓN: CR 13 NRO. 97 - 51 OFICINA 401 |  | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL               | TELÉFONO: 3115929614              |

| DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO |                                                     |                       |                           |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>ASEGURADO:</b>                  | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6             | <b>IDENTIFICACIÓN</b> | <b>NIT: 811.032.059-3</b> |
| <b>DIRECCIÓN:</b>                  | CARRERA 43A NO. 48C SUR 45                          | <b>CIUDAD:</b>        | ENVIGADO, ANTIOQUIA       |
| <b>BENEFICIARIO:</b>               | 811032059 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6 | <b>TELÉFONO:</b>      | 3390738                   |

| AMPAROS                        | DEDUCIBLE                                                | VIGENCIA<br>DESDE | VIGENCIA<br>HASTA | SUMA ASEG<br>ACTUAL | SUMA ASEG<br>ANTERIOR |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL | 10.00 % DEL VALOR DE LA<br>PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMVLV | 12/07/2024        | 31/10/2024        | \$260,000,000.00    | \$260,000,000.00      |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 10.00 % DEL VALOR DE LA<br>PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMVLV | 12/07/2024        | 31/10/2024        | \$260,000,000.00    | \$260,000,000.00      |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 10.00 % DEL VALOR DE LA<br>PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMVLV | 12/07/2024        | 31/10/2024        | \$260,000,000.00    | \$260,000,000.00      |

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, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES TRV. 19 NO. 98 - 12 - TELEFONO: 6232600 - BOGOTA, D.C.

63-40-101033257

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

FIRMA TOMADOR

DANIELA A. CASTRO



NIT. 860.009.578-6

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

## RCE CONTRATOS

|                                      |                               |  |                                           |                               |  |               |                              |            |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------------|-------------------------------|--|---------------|------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C. |                               |  | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - CALLE 98 |                               |  | COD.SUC<br>63 | NO.PÓLIZA<br>63-40-101033257 | ANEXO<br>1 |
| 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 08 2024                           | 12 07 2024                    |  | 00:00                                     | 31 10 2024                    |  | 23:59         | ANEXO DE PRORROGA            |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                                               |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>ORGANIZACIONES DE IMAGENOLOGIA COLOMBIANA O I C S.A. | IDENTIFICACIÓN NIT: 830.009.112-9                           |
| DIRECCIÓN: CR 13 NRO. 97 - 51 OFICINA 401                                     | CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3115929614 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                    |                                              |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ASEGURADO: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6 | IDENTIFICACIÓN NIT: 811.032.059-3            |
| DIRECCIÓN: CARRERA 43A NO. 48C SUR 45              | CIUDAD: ENVIGADO, ANTIOQUIA TELÉFONO 3390738 |
| BENEFICIARIO:                                      |                                              |



## PAGINA WEB



## CORRESPONSALES BANCARIOS



## Pagos con convenio \*No aplica para transferencias

Banco de Bogotá  
Grupo BancolombiaSeguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445  
Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

|                                        |                                       |                          |                                     |                                                 |                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ *****110,410.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****3,000.00 | IVA<br>\$ *****21,548.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****134,959.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****260,000,000.00 | PLAN DE PAGO<br>CONTADO |
| INTERMEDIARIO                          |                                       |                          | DISTRIBUCION COASEGURO              |                                                 |                         |
| NOMBRE                                 | CLAVE                                 | % DE PART.               | NOMBRE COMPAÑIA                     | % PART.                                         | VALOR ASEGURADO         |
| MARGARITA EMIRA HERNANDEZ MOGOLLON     | 220437                                | 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 TRV. 19 NO. 98 - 12 - TELEFONO: 6232600 - BOGOTÁ, D.C.

## FORMA DE PAGO

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



(415) 7709998021167 (8020) 11021202780721 (3900) 000000134959 (96) 20250712

REFERENCIA PAGO:  
1102120278072-1

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>BOGOTÁ, D.C.          |  |  | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - CALLE 98   |  |  | COD.SUC<br>63        |  | NO.PÓLIZA<br>63-40-101033257                |  | ANEXO<br>1           |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>28 08 2024 |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>12 07 2024 |  |  | A LAS HORAS<br>00:00 |  | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>31 10 2024 |  | A LAS HORAS<br>23:59 |  |
|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  | TIPO MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA        |  |                      |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                                               |  |  |  |  |  |                                        |  |                                   |                      |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------|--|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL<br>ORGANIZACIONES DE IMAGENOLOGIA COLOMBIANA O I C S.A. |  |  |  |  |  |                                        |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 830.009.112-9 |                      |  |  |
| DIRECCIÓN: CR 13 NRO. 97 - 51 OFICINA 401                                     |  |  |  |  |  | CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                   | TELÉFONO: 3115929614 |  |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                    |  |  |  |  |  |                             |  |                                   |                   |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|-------------------|--|--|
| ASEGURADO: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6 |  |  |  |  |  |                             |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 811.032.059-3 |                   |  |  |
| DIRECCIÓN: CARRERA 43A NO. 48C SUR 45              |  |  |  |  |  | CIUDAD: ENVIGADO, ANTIOQUIA |  |                                   | TELÉFONO: 3390738 |  |  |

BENEFICIARIO: 811032059 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 6

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, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES TRV. 19 NO. 98 - 12 - TELEFONO: 6232600 - BOGOTÁ. D.C.

63-40-101033257

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DANIELAACASTRO

3