SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social: CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE — Identificación : 832.007.272-7

Dirección : CARRERA 1 # 3 - 05 — Ciudad : FOSCA, CUNDINAMARCA — Teléfono : 3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE — Identificación : 832.007.272-7

Dirección : CARRERA 1 # 3 - 05 — Ciudad : FOSCA, CUNDINAMARCA — Teléfono : 3166907776

Adicional: NINGUNO



PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ ***3,465,753.00	$ ******10,000.00	$ *****660,393.00	$ *********4,136,146.00	$ *******100,000,000.00	30 / 08 / 2024

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
J7 GLOBAL INSURANCE LTDA EN BANCOS NO	235516	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998031167(8020)1100062776605 1(3900)0000041361 46(96)20250812

REFERENCIA PAGO: 1100062776605-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Of

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social: CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE — Identificación : 832.007.272-7

Dirección : CARRERA 1 # 3 - 05 — Ciudad : FOSCA, CUNDINAMARCA — Teléfono : 3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE — Identificación : 832.007.272-7

Dirección : CARRERA 1 # 3 - 05 — Ciudad : FOSCA, CUNDINAMARCA — Teléfono : 3166907776

Adicional: NINGUNO

OBJETO DEL SEGURO

Con sujecion a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:

AMPAROS

CARGO: SEGUN RELACION — RIESGO: UNICO

AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	12/08/2024	22/04/2025	100,000,000.00

DEDUCIBLE : 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV

ACLARACIONES

SEGURO DE MANEJO GLOBAL EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

OBJETO DEL SEGURO

LIMITE ASEGURADO VIGENCIA:$ 100.000.000
LIMITE ASEGURADO EVENTO:$ 20.000.000

SE AMPARAN LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA

Valor Prima Neta	Gastos Expedicion	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Limite de Pago
$ ***3,465,753.00	$ ******10,000.00	$ *****660,393.00	$ ********4,136,146.00	$ *******100,000,000.00	30 / 08 / 2024

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART
17 GLOBAL INSURANCE LTDA	235816	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 13 NO 96-60/74 - Telefono: 2180903 - BOGOTA, D.C.

(415)7709998021187(8020)110006277660S1(3900)0000041361460(96)20250812

REFERENCIA PAGO: 1100062776605-1

11-42-101000558

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

COPIA COMPAÑIA
JHONGUTIERREZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Poliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedicion Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE			832.007.272-
Dirección: CARRERA 1 # 3 - 05	**Ciudad:** FOSCA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	316690777

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE			832.007.272-
Direccion: CARRERA 1 # 3 - 05	**Ciudad:** FOSCA, CUNDINAMARCA	**Telefono:**	316690777

Adicional:

- Continuación -

ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

AMPARO BASICO

DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA.
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS
GASTOS DE REMOCION DE CUENTAS
CAJAS MENORES:$ 5.000.000
MODALIDAD DE COBERTURA
OCURRENCIA: PERDIDAS QUE TENGA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

AMPAROS ADICIONALES

COSTO EN JUICIOS Y HONORARIOS PROFESIONALES. LA COBERTURA DE ESTE SEGURO SE EXTIENDE A AMPARAR E INDEMNIZAR LOS COSTOS DE LOS PROCESOS JUDICIALES Y LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES PARA LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO, EN EL CUAL SEA DEMANDADO EL ASEGURADO Y CON EL QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION, DAÑO O PERDIDA QUE PUEDA AFECTAR LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE SEGURO, SUBLIMITE 10% SOBRE DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

EXTENSION DE COBERTURA PARA EMPLEADOS OCASIONALES, TEMPORALES. LA COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR LOS TRABAJADORES OCASIONALES, TEMPORALES O TRANSITORIOS Y A QUIENES, SIN SERLO, REALICEN PRACTICAS O INVESTIGACIONES EN SUS DEPENDENCIAS. ASI MISMO TODAS AQUELLAS PERSONAS NATURALES QUE PRESTEN SERVICIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER TITULO O CONTRATO, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, LOS EMPLEADOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS. CUANDO OCURRA CUALQUIER PERDIDA Y LA ENTIDAD NO PUDIERA DETERMINAR ESPECIFICAMENTE AL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS RESPONSABLES, LA COMPAÑIA RECONOCERA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR AL EVENTO, PERMITAN CONSIDERAR QUE EN LA OCURRENCIA DEL MISMO INTERVINIERON UNO O VARIOS EMPLEADOS, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE). QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, RESPECTO DE TALES PERDIDAS, NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL MONTO ASEGURADO ESTIPULADO EN LA POLIZA, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS: SUBLIMITE HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: SUBLIMITE $ 10.000.000

DEDUCIBLES

EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, DE FIRMAS TEMPORALES Y ESPECIALIZADAS, BIENES DE TERCEROS:10%DEL VALOR DE LA PERDIDA2SMMLV
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: 10%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
DEMAS EVENTOS:15%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
CAJAS MENORES: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE
CARGOS AMPARADOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR.....IDENTIFICACION.....CARGO.....AREA
OSCAR DANIEL LEON RODRIGUEZ.....80542012.....GERENTE.....ADMINISTRATIVA
ANDREA GIRLLENY VELASQUEZ AGUDELO.....52.861.190.....TESORERA.....ADMINISTRATIVA
TITO ORLANDO ORJUELA.....3013065.....TEC ADMINISTRATIVO (ALMACENISTA)ADMINISTRATIVA
HILDA CONSTANZA NAVARRO GUTIERREZ 39.732.033.....AUX. DE FARMACIA.....ASISTENCIAL

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Poliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Dia	Mes	Año	Vigencia Desde Dia	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	Identificación	832.007.272-
Dirección:	CARRERA 1 # 3 - 05	Ciudad: FOSCA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 316690777

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	Identificación	832.007.272-
Dirección:	CARRERA 1 # 3 - 05	Ciudad: FOSCA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 316690777

Adicional:

- Continuación -

OTROS ANEXOS DE COBERTURA, SEGUN TEXTOS SEGUROS DEL ESTADO

AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS Y EMPLEADOS: PLAZO MAXIMO DE AVISO A LA ASEGURADORA DE DIEZ (10) DIAS. Y CON COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA
CLAUSULA DE REVOCACION: TREINTA (30) DIAS CALENDARIO.
AVISO DE SINIESTRO: DIEZ (10) DIAS
DESIGNACION DE AJUSTADORES: SEGUN LISTADO SEGUROS DEL ESTADO S.A. Y DE COMUN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA.
ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA
DENOMINACION DE CARGOS: SE OTORGA COBERTURA A TODOS LOS CAMBIOS EN LA DENOMINACION DE LOS CARGOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CONTINUEN DESEMPEÑANDO LAS MISMAS FUNCIONES DEL CARGO INICIALMENTE AMPARADO.
EXCLUSIONES

SEGUN LAS INDICADAS EN EL CLAUSULADO GENERAL, ADEMAS DE LAS SIGUIENTES
MERMAS
FALTANTES DE INVENTARIOS
DESAPARICIONES MISTERIOSAS
SE EXCLUYE DE MANERA ABSOLUTA TODO TIPO DE DAÑO Y/O DESTRUCCION Y/O DETERIORO Y/O PERDIDA, FISICA O FINANCIERA, QUE SOBREVENGA DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA, PROXIMA O REMOTA, COMO CONSECUENCIA DE PANDEMIA, VIRUS, ENFERMEDAD INFECCIOSA, MICROORGANISMOS, BACTERIAS, Y CUALQUIER OTRO SIMILAR, SIN IMPORTAR SI DICHO DAÑO Y/O DESTRUCCION Y/O DETERIORO Y/O PERDIDA SE PRODUJO ANTES, DURANTE O DESPUES DE UNA ORDEN EMITIDA POR CUALQUIER AUTORIDAD GUBERNAMENTAL O CIVIL.
INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES, ORDENES DE LA AUTORIDAD, Y DE NORMAS TECNICAS
PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO CUANDO NO ESTEN EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.
RIESGOS CIBERNETICOS O DE LA TECNOLOGIA INFORMATICA.
EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTERSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -06

1. ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD.

2. COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:

A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:

I. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y

II. EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASEOSO: O ENTRE ORGANISMOS.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Poliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedicion Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE			832.007.272-
Dirección: CARRERA 1 # 3 - 05	**Ciudad:** FOSCA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	316690777

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE			832.007.272-
Direccion: CARRERA 1 # 3 - 05	**Ciudad:** FOSCA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	316690777

Adicional:

- Continuación -
GARANTIAS

AUDITORIA INTERNA Y REVISION CONTABLE
REPORTE DE CAMBIOS EN EL CONTROL DE LA EMPRESA
TODAS LAS PERSONAS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, YA SEA CON CONTRATO LABORAL O POR MEDIO DE EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES U OTRO TIPO DE CONTRATACION, DEBEN TOMAR VACACIONES AL MENOS UNA VEZ AL AÑO DURANTE DIEZ (10) DIAS CONTINUOS.
MANUALES DE INSTRUCCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS
EFECTUAR UN ARQUEO O CORTE DE CUENTAS ANUAL. PARA LOS COBRADORES, CAJEROS, MENSAJEROS, VENDEDORES Y PAGADORES AMBULANTES EL ARQUEO SERA DIARIO.
VERIFICAR LOS DATOS CONTENIDOS EN LA SOLICITUD DE TRABAJO QUE FIRME EL ASPIRANTE A SER EMPLEADO DEL ASEGURADO, CON ANTERIORIDAD A SU VINCULACION DEFINITIVA
LAS FUNCIONES DE CADA EMPLEADO SE DISPONDRAN DE TAL MANERA QUE A NINGUN EMPLEADO SE LE PERMITA CONTROLAR CUALQUIER TRANSACCION DESDE EL COMIENZO HASTA EL FINAL, DEBE EXISTIR CONTROL DUAL Y CUSTODIA CONJUNTA.
PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTICULO 1061 DEL CODIGO DE COMERCIO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRA CON LAS GARANTIAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTIA, DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTICULO MENCIONADO.
CLAUSULADO
FORMA 01/09/2003 - 1329 - P - 13- E-MAGE-007A

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832.007.272-7

Dirección	Ciudad	Teléfono
CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832.007.272-7

Dirección	Ciudad	Teléfono
CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

Adicional: NINGUNO



PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ ***3,465,753.00	$ ******10,000.00	$ *****660,393.00	$ *********4,136,146.00	$ *******100,000,000.00	30 / 08 / 2024

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
J7 GLOBAL INSURANCE LTDA	235516	100.00			
EN BANCOS NO					

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100062776605 1(3900)0000041361 46(96)20250812

REFERENCIA PAGO: 1100062776605-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Ofi

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		832.007.272-7

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		832.007.272-7

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

Adicional:

- Continuación -

ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

AMPARO BASICO

DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA.
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS
CAJAS MENORES:$ 5.000.000
MODALIDAD DE COBERTURA
OCURRENCIA: PERDIDAS QUE TENGA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

AMPAROS ADICIONALES

COSTO EN JUICIOS Y HONORARIOS PROFESIONALES. LA COBERTURA DE ESTE SEGURO SE EXTIENDE A AMPARAR E INDEMNIZAR LOS COSTOS DE LOS PROCESOS JUDICIALES Y LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES PARA LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO, EN EL CUAL SEA DEMANDADO EL ASEGURADO Y CON EL QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION, DAÑO O PERDIDA QUE PUEDA AFECTAR LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE SEGURO, SUBLIMITE 10% SOBRE DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

EXTENSION DE COBERTURA PARA EMPLEADOS OCASIONALES, TEMPORALES. LA COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR LOS TRABAJADORES OCASIONALES, TEMPORALES O TRANSITORIOS Y A QUIENES, SIN SERLO, REALICEN PRACTICAS O INVESTIGACIONES EN SUS DEPENDENCIAS. ASI MISMO TODAS AQUELLAS PERSONAS NATURALES QUE PRESTEN SERVICIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER TITULO O CONTRATO, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, LOS EMPLEADOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS. CUANDO OCURRA CUALQUIER PERDIDA Y LA ENTIDAD NO PUDIERA DETERMINAR ESPECIFICAMENTE AL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS RESPONSABLES, LA COMPAÑIA RECONOCERA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR AL EVENTO, PERMITAN CONSIDERAR QUE EN LA OCURRENCIA DEL MISMO INTERVINIERON UNO O VARIOS EMPLEADOS, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE). QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, RESPECTO DE TALES PERDIDAS, NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL MONTO ASEGURADO ESTIPULADO EN LA POLIZA, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS: SUBLIMITE HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: SUBLIMITE $ 10.000.000

DEDUCIBLES

EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, DE FIRMAS TEMPORALES Y ESPECIALIZADAS, BIENES DE TERCEROS:10%DEL VALOR DE LA PERDIDA2SMMLV
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: 10%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
DEMAS EVENTOS:15%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
CAJAS MENORES: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE
CARGOS AMPARADOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR.....IDENTIFICACION.....CARGO.....AREA
OSCAR DANIEL LEON RODRIGUEZ.....80542012.....GERENTE.....ADMINISTRATIVA
ANDREA SIRLLENY VELASQUEZ AGUDELO.....52.881.190.....TESORERA.....ADMINISTRATIVA
TITO ORLANDO ORJUELA.....3023056.....TEC ADMINISTRATIVO (ALMACENISTA)ADMINISTRATIVA
NIDIA CONSTANZA NAVARRO GUTIERREZ 39.732.033.....AUX. DE FARMACIA.....ASISTENCIAL

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

178

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedicion	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedicion Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832.007.272-7	CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832.007.272-7	CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

Adicional:

- Continuación -
GARANTIAS

AUDITORIA INTERNA Y REVISION CONTABLE
REPORTE DE CAMBIOS EN EL CONTROL DE LA EMPRESA
TODAS LAS PERSONAS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, YA SEA CON CONTRATO LABORAL O POR MEDIO DE EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES U OTRO TIPO DE CONTRATACION, DEBEN TOMAR VACACIONES AL MENOS UNA VEZ AL AÑO DURANTE DIEZ (10) DIAS CONTINUOS.
MANUALES DE INSTRUCCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS
PRACTICAR UN ARQUEO O CORTE DE CUENTAS ANUAL. PARA LOS COBRADORES, CAJEROS, MENSAJEROS, VENDEDORES Y PAGADORES AMBULANTES EL ARQUEO SERA DIARIO.
VERIFICAR LOS DATOS CONTENIDOS EN LA SOLICITUD DE TRABAJO QUE FIRME EL ASPIRANTE A SER EMPLEADO DEL ASEGURADO, CON ANTERIORIDAD A SU VINCULACION DEFINITIVA
LAS FUNCIONES DE CADA EMPLEADO SE DISPONDRAN DE TAL MANERA QUE A NINGUN EMPLEADO SE LE PERMITA CONTROLAR CUALQUIER TRANSACCION DESDE EL COMIENZO HASTA EL FINAL, DEBE EXISTIR CONTROL DUAL Y CUSTODIA CONJUNTA.
PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTICULO 1061 DEL CODIGO DE COMERCIO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRA CON LAS GARANTIAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTIA, DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTICULO MENCIONADO.
CLAUSULADO
FORMA 01/09/2003 - 1329 - P - 13- E-MAGE-007A

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832.007.272-7	CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832.007.272-7	CARRERA 1 # 3 - 05	FOSCA, CUNDINAMARCA	3166907776

Adicional: NINGUNO

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Limite de Pago
$ **3,465,753.00	$ ******10,000.00	$ *****660,393.00	$ *********4,136,146.00	$ *******100,000,000.00	30 / 08 / 2024

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
J7 GLOBAL INSURANCE LTDA	235516	100.00
BANCOS NO		

DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11000627766051(3900)00000413614 6(96)20250812

REFERENCIA PAGO: 1100062776605-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Ofi

180

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social: CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE — Identificación: 832.007.272-7

Dirección: CARRERA 1 # 3 - 05 — Ciudad: FOSCA, CUNDINAMARCA — Teléfono: 3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario: CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE — Identificación: 832.007.272-7

Dirección: CARRERA 1 # 3 - 05 — Ciudad: FOSCA, CUNDINAMARCA — Teléfono: 3166907776

Adicional:

- Continuación -

ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

AMPARO BASICO

DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA.
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS
CAJAS MENORES:$ 5.000.000
MODALIDAD DE COBERTURA
OCURRENCIA: PERDIDAS QUE TENGA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

AMPAROS ADICIONALES

COSTO EN JUICIOS Y HONORARIOS PROFESIONALES. LA COBERTURA DE ESTE SEGURO SE EXTIENDE A AMPARAR E INDEMNIZAR LOS COSTOS DE LOS PROCESOS JUDICIALES Y LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES PARA LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO, EN EL CUAL SEA DEMANDADO EL ASEGURADO Y CON EL QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION, DAÑO O PERDIDA QUE PUEDA AFECTAR LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE SEGURO, SUBLIMITE 10% SOBRE DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

EXTENSION DE COBERTURA PARA EMPLEADOS OCASIONALES, TEMPORALES. LA COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR LOS TRABAJADORES OCASIONALES, TEMPORALES O TRANSITORIOS Y A QUIENES, SIN SERLO, REALICEN PRACTICAS O INVESTIGACIONES EN SUS DEPENDENCIAS. ASI MISMO TODAS AQUELLAS PERSONAS NATURALES QUE PRESTEN SERVICIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER TITULO O CONTRATO, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, LOS EMPLEADOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS. CUANDO OCURRA CUALQUIER PERDIDA Y LA ENTIDAD NO PUDIERA DETERMINAR ESPECIFICAMENTE AL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS RESPONSABLES, LA COMPAÑIA RECONOCERA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR AL EVENTO, PERMITAN CONSIDERAR QUE EN LA OCURRENCIA DEL MISMO INTERVINIERON UNO O VARIOS EMPLEADOS, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE). QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, RESPECTO DE TALES PERDIDAS, NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL MONTO ASEGURADO ESTIPULADO EN LA POLIZA, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS: SUBLIMITE HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: SUBLIMITE $ 10.000.000

DEDUCIBLES

EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, DE FIRMAS TEMPORALES Y ESPECIALIZADAS, BIENES DE TERCEROS:10%DEL VALOR DE LA PERDIDA2SMMLV
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: 10%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
DEMAS EVENTOS:15%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
CAJAS MENORES: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE
CARGOS AMPARADOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR.....IDENTIFICACION.....CARGO.....AREA
OSCAR DANIEL LEON RODRIGUEZ.....80542012.....GERENTE.....ADMINISTRATIVA
DREA SIRLLENY VELASQUEZ AGUDELO.....52.881.190.....TESORERA.....ADMINISTRATIVA
ITO ORLANDO ORJUELA.....3023055.....TEC ADMINISTRATIVO (ALMACENISTA) ADMINISTRATIVA
NIDIA CONSTANZA NAVARRO GUTIERREZ 39.732.033.....AUX. DE FARMACIA.....ASISTENCIAL

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000558	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
30	08	2024	12	08	2024	24:00	22	04	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE			832.007.272-7
Dirección: CARRERA 1 # 3 - 05	**Ciudad:** FOSCA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3166907776

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE			832.007.272-7
Dirección: CARRERA 1 # 3 - 05	**Ciudad:** FOSCA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3166907776

Adicional:

- Continuación -
GARANTIAS

AUDITORIA INTERNA Y REVISION CONTABLE
REPORTE DE CAMBIOS EN EL CONTROL DE LA EMPRESA
TODAS LAS PERSONAS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, YA SEA CON CONTRATO LABORAL O POR MEDIO DE EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES U OTRO TIPO DE CONTRATACION, DEBEN TOMAR VACACIONES AL MENOS UNA VEZ AL AÑO DURANTE DIEZ (10) DIAS CONTINUOS.
MANUALES DE INSTRUCCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS
PRACTICAR UN ARQUEO O CORTE DE CUENTAS ANUAL. PARA LOS COBRADORES, CAJEROS, MENSAJEROS, VENDEDORES Y PAGADORES AMBULANTES EL ARQUEO SERA DIARIO.
VERIFICAR LOS DATOS CONTENIDOS EN LA SOLICITUD DE TRABAJO QUE FIRME EL ASPIRANTE A SER EMPLEADO DEL ASEGURADO, CON ANTERIORIDAD A SU VINCULACION DEFINITIVA
LAS FUNCIONES DE CADA EMPLEADO SE DISPONDRAN DE TAL MANERA QUE A NINGUN EMPLEADO SE LE PERMITA CONTROLAR CUALQUIER TRANSACCION DESDE EL COMIENZO HASTA EL FINAL, DEBE EXISTIR CONTROL DUAL Y CUSTODIA CONJUNTA.
PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTICULO 1061 DEL CODIGO DE COMERCIO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRA CON LAS GARANTIAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTIA, DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTICULO MENCIONADO.
CLAUSULADO
FORMA 01/09/2003 - 1329 - P - 13- E-MAGE-007A

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

11-42-101000558

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA