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
IBAGUE	IBAGUE	25	25-42-101004031	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
25	10	2024	24	10	2024	24:00	24	01	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6	LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6	LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

Adicional: NINGUNO

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movi Red Bancolombia Corresponsal Bancario éxito Gana Gana Codensa

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
$ *****836,821.00	$ ******10,000.00	$ *****160,896.00	$ *********1,007,718.00	$ ********40,000,000.00	24 / 10 / 2024

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES EN BANCOS NO	8385	100.00			

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) 11005610699155 (3900) 000001007718 (96) 20251024

REFERENCIA PAGO: 1100561069915-5

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. Sucursal	No.Póliza	Anexo
IBAGUE	IBAGUE	25	25-42-101004031	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
25	10	2024	24	10	2024	24:00	24	01	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6	LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6	LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

Adicional: NINGUNO

OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción 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

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	24/10/2024	24/01/2025	40,000,000.00

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:$ 40.000.000
LIMITE ASEGURADO EVENTO:$ 8.000.000
Se amparan las prdidas causadas por los funcionarios asegurados, por incurrir en conductas que sean tipificadas como delitos contra la administracin 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 pliza
AMPARO BSICO

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Limite de Pago
$ *****836,821.00	$ ******10,000.00	$ *****160,896.00	$ *********1,007,718.00	$ ********40,000,000.00	24 / 10 / 2024

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100.00			

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 4C NO. 33 - 08 - Telefono: 2701040 - IBAGUE

REFERENCIA PAGO: 1100561069915-5

(415)7709998021167(8020)11005610699155(3900)000001007718(96)20251024

25-42-101004031
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR
TOMADOR
BRAYANBARRAGAN

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
IBAGUE	IBAGUE	25	25-42-101004031	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
25	10	2024	24	10	2024	24:00	24	01	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

Adicional:

- Continuación -

Delitos contra la Administracin Pblica.
Gastos de Reconstruccin de Cuentas
Gastos de Rendicin de Cuentas
Cajas Menores:$ 2.000.000
MODALIDAD DE COBERTURA
OCURRENCIA: Prdidas que tenga el asegurado durante la vigencia de la pliza.
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 reclamacin, daño o prdida que pueda afectar la cobertura otorgada bajo este seguro, Sublmite 10% sobre del valor asegurado Evento / Vigencia.
Extensin de cobertura para empleados ocasionales, temporales. La cobertura se extiende a amparar los trabajadores ocasionales, temporales o transitorios y a quienes, sin serlo, realicen prcticas o investigaciones en sus dependencias. As mismo todas aquellas personas naturales que presten servicios en los establecimientos del asegurado bajo cualquier ttulo o contrato, incluidos los empleados de firmas especializadas, los empleados de contratistas independientes, Sublimite hasta el 50% del valor asegurado Evento / Vigencia.
Prdidas de Empleados no identificados. Cuando ocurra cualquier prdida y la Entidad no pudiera determinar especficamente al empleado o los empleados responsables, la compaña reconocer la indemnizacin 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 ttulo (autor intelectual, material o cmplice). Queda entendido que la responsabilidad de la compaña, respecto de tales prdidas, no exceder en ningn caso del monto asegurado estipulado en la pliza, Sublimite hasta el 50% del valor asegurado Evento / Vigencia.
Proteccin de depsitos bancarios: Sublimite hasta el 20% del valor asegurado Evento / Vigencia.
Bienes de Propiedad de Terceros: Sublimite $ 4.000.000
DEDUCIBLES

%MINIMO

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
Dems Eventos:15%del valor de la perdida3SMMLV
Cajas Menores: Sin aplicacin de deducible
CARGOS AMPARADOS

XX Numero de Cargos relacionados por la Entidad

OTROS ANEXOS DE COBERTURA, segn textos Seguros del Estado

Amparo automtico de nuevos cargos y empleados: plazo mximo de aviso a la aseguradora de diez (10) das. Y con cobro de prima a prorrata.
No se otorga restablecimiento automtico de la suma asegurada
Clusula de Revocacin: treinta (30) das calendario.
Aviso de Siniestro: diez (10) das
Designacin de Ajustadores: segn listado Seguros del Estado S.A, y de comn acuerdo entre el asegurado y la aseguradora.
Anticipo de Indemnizacin del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuanta de la prdida
Denominacin de Cargos: se otorga cobertura a todos los cambios en la denominacin de los cargos durante la vigencia de la pliza, siempre y cuando continen desempeñando las mismas funciones del cargo inicialmente amparado.
EXCLUSIONES

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.

25-42-101004031

FIRMA TOMADOR

BRAYANBARRAGAN

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
IBAGUE	IBAGUE	25	25-42-101004031	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
25	10	2024	24	10	2024	24:00	24	01	2025	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	899.999.165-6

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
LA PALMA	LA PALMA, CUNDINAMARCA	8505672

Adicional:

- Continuación -
Segn las indicadas en el clausulado general, adems de las siguientes
Mermas
Faltantes de Inventarios
Desapariciones Misteriosas
Se excluye de manera absoluta todo tipo de daño y/o destruccin y/o deterioro y/o prdida, fsica o financiera, que sobrevenga de manera directa o indirecta, prxima o remota, como consecuencia de pandemia, virus, enfermedad infecciosa, microorganismos, bacterias, y cualquier otro similar, sin importar si dicho daño y/o destruccin y/o deterioro y/o prdida se produjo antes, durante o despus de una orden emitida por cualquier autoridad gubernamental o civil.
Inobservancia de disposiciones legales, rdenes de la autoridad, y de normas tcnicas
Personas al servicio del asegurado cuando no estn en el ejercicio de sus funciones.
Riesgos cibernticos o de la tecnologa informtica.
Exclusin de perdida de datos y Cyber liability: esta pliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacin, prdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacin, uso malicioso, infeccin por programas maliciosos o virus, extorsin, destruccin, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambin prdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacin, corrupcin, perdida, destruccin, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento ilegal o no autorizado o revelacin de datos, destruccin o robo de cualquier computadora o aparato electrnico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacin personal o corporativa en cualquier formato o soporte.
Exclusin de enfermedad transmisible: LMA5394 -96 1 Este contrato excluye cualquier prdida, daño, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultado de, derivado de o en conexin 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 simultneamente 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 mutacin o variacin 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, parsito, u otro organismo o cualquier variacin de este, ya sea que se considere vivo o no, y II. El mtodo de transmisin ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmisin por el aire, transmisin de fluidos corporales, transmisin desde o hacia cualquier superficie, u objeto, slido, lquido o gaseoso; o entre organismos.
GARANTIAS

Auditora Interna y Revisin 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 contratacin, deben tomar vacaciones al menos una vez al año durante diez (10) das 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 ser diario.
Verificar los datos contenidos en la solicitud de trabajo que firme el aspirante a ser empleado del asegurado, con anterioridad a su vinculacin definitiva
Las funciones de cada empleado se dispondrn de tal manera que a ningn empleado se le permita controlar cualquier transaccin desde el comienzo hasta el final, debe existir control dual y custodia conjunta.
Para los efectos y con el alcance del Artculo 1061 del Cdigo de Comercio, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplir con las garantas anteriormente mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garanta, da lugar a las sanciones que establece el artculo 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.

25-42-101004031

FIRMA TOMADOR

BRAYANBARRAGAN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-02-101001603	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

GARANTIAS

Mantener los predios y los bienes inherentes a la actividad, en buen estado de conservacin y funcionamiento.
Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, legales y tcnicos inherentes a la actividad amparada.
El asegurado deber tomar medidas durante todo el periodo de vigencia de la pliza, en cuanto a señalizacin, demarcacin y prevencin, para evitar y disminuir el riesgo de accidentes de terceros.
Protecciones, tales como señalizacin preventiva diurna, nocturna, vehicular y peatonal.
Es condicin de cobertura que el asegurado cumpla con todas las medidas de seguridad y las reglas en vigor por sus actividades impuestas por las autoridades competentes.
Para los efectos y con el alcance del Artculo 1061 del Cdigo de Comercio, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplir con las garantas anteriormente mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garanta, da lugar a las sanciones que establece el artculo mencionado,
CLAUSULADO
FORMA - 26/11/2016 1329 P 06 ERCE003A

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-02-101001603	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Asonada segn su definicin en el cdigo penal; motn o conmocin civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensin de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.

Fenmenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupcin volcnica, maremoto, tsunami, huracn, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundacin, lluvia, granizo, estancacin, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, cada de rocas, aludes, y dems fuerzas de la naturaleza.

Vibracin del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variacin del nivel de aguas subterrneas.

Inobservancia de disposiciones legales, rdenes de la autoridad, y de normas tcnicas.

Personas al servicio del asegurado cuando no estn en el ejercicio de sus funciones.

Responsabilidad civil D&O, Responsabilidad civil E&O y RC Contractual.

Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional, responsabilidad profesional.

Perjuicios causados por el incumplimiento de contratos, y toda responsabilidad de naturaleza contractual.

Perdidas consecuenciales que no provengan de un daño material o lesin corporal.

Reclamaciones derivadas del incumplimiento total o parcial o por mora de la obligacin principal de convenios y contratos.

Prdidas Patrimoniales Puras.

Garantas de calidad de productos.

Riesgos ciberntticos o de la tecnologa informtica.

Daño Ecolgico Puro, Contaminacin paulatina, Radioactiva y/ Polucin Gradual.

TSE (Encefalopata Espongiforme Transmisible), OGM (Organismos Genticamente Modificados) y MOLD (Responsabilidad Civil de Fungosidad).

Asbesto, Plomo, Ltex, MTBE, PFOA y PCB.

Daños como consecuencia de incumplimiento de los requisitos legales administrativos y/o violacin de medidas de seguridad impuesta por las autoridades que rigen la actividad objeto de ejecucin, por parte del asegurado

Todas y cada una de sus partes los daños que el organizador, los participantes y los asistentes del evento le causen a las instalaciones donde se realiza el mismo.

Responsabilidad Civil amparable bajo las plizas Todo Riesgo Construccin (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

Posesin o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves areas, riesgos relacionados a la navegacin area, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulacin del trfico areo; riesgos relacionados a la gestin tcnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento.

Riesgos cuya actividad principal sea la fabricacin, almacenamiento y transporte de explosivos.

Contaminacin paulatina, radioactiva, y/o polucin gradual

Contaminacin u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmsfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.

Daños derivados de la accin paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energa.

Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones.

Reclamaciones en las que se impida, expresa o implcitamente, la debida tramitacin del siniestro, cuando el impedimento proceda de la vctima, de personas u rganos con poder pblico, u otras personas, grupos u rganos con poder legal, o coaccin de hecho.

Trabajos submarinos.

Riesgos de extraccin, refinamiento, almacenamiento y transporte de petrleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minera subterrnea.

Daños a bienes objeto del montaje y/ instalacin.

Perdida de datos y cyber liability: esta pliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacin, prdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacin, uso malicioso, infeccin por programas maliciosos o virus, extorsin, destruccin, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambin prdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacin, corrupcin, perdida, destruccin, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento ilegal o no autorizado o revelacin de datos, destruccin o robo de cualquier computadora o aparato electrnico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacin personal o corporativa en cualquier formato o soporte.

Manipulacin y operacin directa mediante rigs o taladros de perforacin petrolfera.

Blow Out, Cratering y Riesgos Off Shore.

Almacenamiento de productos.

Garanta de calidad de productos.

Garanta de calidad de los trabajos realizados.

Prdidas patimoniales y/o financieras puras.

RC. Derivada del transporte de y/o del manejo de mercancas peligrosas inflamables y/o txica.

Daños a consecuencia del incumplimiento de los requisitos legales administrativos y/o violacin de medidas de seguridad impuesta por las autoridades que rigen esta actividad objeto de ejecucin, por parte del asegurado.

Responsabilidad del Asegurado derivada de empresas, sucursales o filiales establecidas en el extranjero.

Enfermedades profesionales y/o ocupacionales.

Responsabilidad civil por daños, hurto en todas sus modalidades o sus tentativas, desaparicin de bienes.

Obras de adecuacin.

Garanta retirada de productos

Exclusin de enfermedad transmisible: LMA5394 -96 1 Este contrato excluye cualquier prdida, daño, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultado de, derivado de o en conexin 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 simultneamente 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 mutacin o variacin 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, parsito, u otro organismo o cualquier variacin de este, ya sea que se considere vivo o no, y II. El mtodo de transmisin ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmisin por el aire, transmisin de fluidos corporales, transmisin desde o hacia cualquier superficie, u objeto; slido, lquido o gaseoso; o entre organismos.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NIT. 860.009.578-6

P.L.O.

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-02-101001603	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES: SEGURESTADO cubre los perjuicios patrimoniales derivados de la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputable al asegurado y/o los gastos mdicos por los daños que causare a terceros, a consecuencia de labores amparadas realizadas por contratistas y subcontratistas independientes a su servicio, hasta los sublmites indicados en la cartula de la pliza, opera en exceso de las plizas de seguro de RC de los contratistas, las cuales deben tener un lmite mnimo de $50.000.000. En caso de no estar vigente la pliza al momento del siniestro o tener un lmite inferior, sta misma cantidad servir como deducible independiente al deducible general.
VEHCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS: SEGURESTADO cubre los perjuicios patrimoniales derivados de la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputable al asegurado, como consecuencia directa de daños materiales, lesiones personales y/o muerte que se ocasionen a terceros como consecuencia de un accidente proveniente del uso de vehculos propios y/o no propios que estn al servicio del asegurado en el giro normal de las actividades descritas en esta pliza,
Este amparo, opera en exceso de las coberturas del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de trnsito y de la pliza de automviles amparo de responsabilidad civil extracontractual del vehculo involucrado, con un sublimite de 50/50/100 suscritas o no por el Asegurado.
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA ENTRE CONTRATISTAS: SEGURESTADO cubre los perjuicios patrimoniales causados por un contratista a otro, a consecuencia de las labores amparadas previamente contratadas por el asegurado y que se efecten dentro de los predios del mismo, Opera en exceso de las plizas de seguro de RC de los contratistas, las cuales deben tener un lmite mnimo de Cop $50.000.000. En caso de no estar vigente la pliza al momento del siniestro o tener un lmite inferior, sta misma cantidad servir como deducible independiente al deducible general.
BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL: Cubre los perjuicios patrimoniales derivados de la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputable al asegurado por daños producidos con los bienes de propiedad de terceros que se encuentren bajo su cuidado, tenencia o control del asegurado o de personas definidas dentro del concepto de asegurado, con ocasin del desarrollo de actividades amparadas por esta pliza. No se extiende esta cobertura para los daños sufridos por los mencionados bienes, ni al hurto total o parcial de los mismos, bajo cualquiera de sus modalidades.
RESPONSABILIDAD CIVIL PARQUEADEROS: SEGURESTADO cubre los perjuicios patrimoniales derivados de la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputable al asegurado por choque de vehculos de terceros parqueados dentro de los predios del asegurado descritos en la caratula de esta pliza, siempre que se trate de predios cerrados y vigilados, y se lleve control de entrada y salida de vehculos y personas
Si el daño ocurriese al mover los vehculos con fuerza propia dentro de los mismos predios, habr cobertura cuando el conductor sea empleado del asegurado con contrato de trabajo y posea licencia de conduccin vigente al momento de causarse el daño para el vehculo conducido, se excluye el hurto en todas sus modalidades a vehculos y sus accesorios.
SUBLMITES

AMPAROVIGENCIAEVENTO
Gastos Medicos$ 10.000.000$ 2.500.000
Responsabilidad Civil del Empleador (Patronal)$ 40.000.000$ 10.000.000
Contratistas y Subcontratistas Independientes$ 40.000.000$ 10.000.000
Vehiculos Propios y No Propios$ 40.000.000$ 10.000.000
Responsabilidad Civil Cruzada Entre Contratistas$ 40.000.000$ 10.000.000
Bienes Bajo Cuidado, Tenencia y Control$ 40.000.000$ 10.000.000
Responsabilidad Civil Parqueaderos$ 40.000.000$ 10.000.000

DECUCIBLES

Gastos Mdicos:%MINIMO
Sin aplicacin de deducibles0%0
P.L.O:10%del valor de la perdida1SMMLV
Dems Eventos: 10%del valor de la perdida2SMMLV
OTROS ANEXOS DE COBERTURA, segn textos Seguros del Estado

No se otorga restablecimiento automtico de la suma asegurada
Jurisdiccin y Legislacin colombiana
Definicin de Sublmite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de prdida total no constituye un valor adicional de indemnizacin.
Clusula de Revocacin: treinta (30) das
Aviso de Siniestro: treinta (30) das
Designacin de Ajustadores: segn listado Seguros del Estado, y de comn acuerdo entre el asegurado y la aseguradora
Anticipo de Indemnizacin del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuanta de la prdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
EXCLUSIONES

Esta pliza excluye la prdida y cualquier tipo de siniestro, daño, perjuicio, costo o gasto de cualquier naturaleza ste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por alguna de las siguientes causas, como tambin por las indicadas en el Condicionado General:
Dolo y/ Culpa Grave del asegurado o sus representantes.
Fuerza Mayor y Caso Fortuito
Daños y/ perjuicios ocasionados fuera del territorio de la Repblica de Colombia, excepto para el amparo de RC Viajes de Funcionarios al Exterior.
Hurto y Hurto Calificado.
Reaccin y radiacin nuclear, contaminacin radioactiva, riesgos atmicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medicin.
Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones blicas (sea o no declarada una guerra), rebelin y sedicin.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NIT. 860.009.578-6

P.L.O.

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-02-101001603	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	LA PALMA	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO RCE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
OBJETO DEL SEGURO

BENEFICIARIO: Terceros Afectados
LIMITE ASEGURADO:$ 200.000.000
Indemnizar hasta el lmite asegurado señalado en la caratula de la pliza los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado al tercero afectado con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra de acuerdo con la legislacin colombiana , siempre y cuando el hecho generador le cause daños materiales, lesiones personales y/o muerte, ocurra en el desarrollo de las actividades aseguradas, durante la vigencia de la pliza y en forma accidental, sbita e imprevista; sin perjuicio de las indemnizaciones que SEGURESTADO le pueda reconocer al asegurado con ocasin a la afectacin patrimonial sufrida por este.
MODALIDAD DE COBERTURA: Base de Cobertura Ocurrencia durante la vigencia de la pliza
AMPARO BSICO

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES:
Incendio y Explosin.
Contaminacin accidental, sbita e imprevista.
La posesin, el uso o el mantenimiento de los predios que figuran en la caratula de la pliza y en los cuales el asegurado desarrolla las actividades objeto de este seguro.
Las operaciones que lleve a cabo el asegurado en el desarrollo de las actividades objeto de este seguro.
Uso de ascensores y escaleras automticas dentro de los predios asegurados.
Uso de mquinas y equipos de trabajo, de cargue y descargue y de transporte dentro de los predios asegurados
Avisos y vallas
Instalaciones sociales y deportivas
Eventos sociales organizados por el asegurado
Viajes de funcionarios del asegurado dentro del territorio nacional
La participacin del asegurado en ferias y exposiciones nacionales
La vigilancia de los predios asegurados por personal del asegurado
La posesin y el uso de depsitos, tanques y tuberas dentro de los predios asegurados
COSTOS JUDICIALES: SEGURESTADO responder, ademas, an en exceso de la suma asegurada, por los costos del proceso que el tercero afectado o sus causahabientes promuevan en su contra o en contra del asegurado, Sublimitado al 5% en el agredado anual, salvo en los siguientes casos:
Si la responsabilidad proviene de dolo o culpa grave, o est expresamente excluida de la presente pliza
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa de SEGURESTADO
Si la indemnizacin a cargo del asegurado excede el limite asegurado, SEGURESTADO solo responder por los gastos del proceso en proporcin a la cuota que le corresponda en la indemnizacin.
GASTOS DE DEFENSA EN PROCESO CIVIL POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD: SEGURESTADO indemnizar al asegurado los gastos de defensa en que incurra este, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias y razonables, hasta por el 10% del valor asegurado, y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacin que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los trminos de este seguro.
Los gastos de defensa sern reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la pliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente pliza
Se reconocern como honorarios profesionales los acordados libremente entre el asegurado y el profesional del derecho que adelantar su defensa, y como mximo los establecidos en las tarifas del colegio de abogados de la respectiva ciudad. En caso de necesitar el asegurado sumas superiores por la complejidad de la defensa a las establecidas, requerirn aprobacin previa y por escrito por parte de SEGURESTADO
Estos gastos podrn operar por reembolso, en cuyo caso requerirn aprobacin de SEGURESTADO previamente a ser incurridos por el asegurado y con sujecin a los trminos y condiciones generales y particulares descritas
GASTOS MDICOS POR ESTABILIZACIN DEL TERCERO AFECTADO: Exista o no responsabilidad del asegurado, SEGURESTADO indemnizar a ste por los gastos mdicos comprobados en que haya incurrido con el fin de prestar los primeros auxilios (servicios mdicos, de ambulancia, de hospital, de enfermera y de medicamentos) a terceros vctimas de un accidente que les genere una lesin fsica, durante el desarrollo de las actividades descritas en la pliza, siempre y cuando dichos gastos se ocasionen dentro de los cinco (5) das calendario siguientes a la fecha del evento/accidente. El sublmite de esta cobertura ser de hasta 500,000 por persona, 2,5% por evento y el 5% por vigencia sobre el limite asegurado para la cobertura bsica.
El pago que se realice bajo este amparo no se entender como aceptacin de responsabilidad en cabeza del asegurado y cobija solo aquellos gastos necesarios para la estabilizacin inicial del afectado.
En el caso de que las lesiones a que hace mencin este amparo sean ocasionadas con vehculos automotores terrestres al servicio de las labores del asegurado descritas en esta pliza, debern agotarse en primer trmino el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de trnsito y posteriormente el seguro de responsabilidad civil de la pliza de automviles. Habindose agotado su cobertura, o en caso de no existir amparo, o a falta de las mismas, entrar a operar la cobertura descrita en el presente numeral.
COBERTURAS ADICIONALES

Las siguientes coberturas son adicionales, se entendern contratadas si se indican en la caratula de la pliza y si el tomador paga la prima adicional correspondiente. El valor asegurado mximo corresponder a los sublmite indicados en la caratula de la pliza.
Si no se contrataren estas coberturas adicionales, se entendern que se encuentran excluidas
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR (PATRONAL): SEGURESTADO cubre los perjuicios patrimoniales derivados de la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputable al asegurado en su calidad de empleador exclusivamente por los accidentes de trabajo que sufran los empleados a su servicio, en el desarrollo de las actividades asignadas a ellos, opera en exceso de los lmites de cobertura de la seguridad social, excluye las enfermedades profesionales y las compensaciones laborales.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-02-101001603	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**
DIRECCION **LA PALMA** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**
DIRECCION **LA PALMA** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
24 / 10 / 2024	24 / 10 / 2024	24 / 01 / 2025	24 / 10 / 2024	24 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES CLIENTE	8385	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********368,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********69,920.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********437,920.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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.

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11005610697539 (3900) 000000437920 (96) 20241208

REFERENCIA PAGO: 1100561069753-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O.

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-02-101001603	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**

DIRECCION **LA PALMA** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**

DIRECCION **LA PALMA** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
24 / 10 / 2024	24 / 10 / 2024	24 / 01 / 2025	24 / 10 / 2024	24 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES / OFICIALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 200,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE	$ 200,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********368,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********69,920.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********437,920.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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.

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005610697539(3900)000000437920(96)20241208

REFERENCIA PAGO:
1100561069753-9

25-02-101001603

FIRMA AUTORIZADA

BRAYANBARRAGAN

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**

DIRECCION **CARRERA 5 NO. 1-04** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**

DIRECCION **CARRERA 5 NO. 1-04** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 01 / 2024	04 / 01 / 2024	03 / 01 / 2025	04 / 01 / 2024	03 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
GMR GESTION Y MANEJO DE RIEGOS LTDA CLIENTE	225447	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *********9,438,062.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,793,231.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********11,231,293.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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.

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	



(415)7709998021167(8020)11005610339927(3900)000011231293(96)20240218

REFERENCIA PAGO: **11005610339927**

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

No. DE IDENTIFICACION ASEGURADO: 899999165

No. DE IDENTIFICACION : 899999165

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A SER ACORDADO

UBICACION RIESGO PRINCIPAL: CRA 5 N. 1 08

TIPO DE INSTITUCION: HOSPITAL

NIVEL DE ATENCION: Nivel I
No. DE CAMAS: 39

No. DE AMBULANCIAS: 6

SINIESTRALIDAD: No presenta Siniestros de acuerdo a la informacion sumin

CUNDINAMARCA - LA PALMA
BASE DE COBERTURAOCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio e
: concordancia con el Codigo Civil).
CONDICIONADO GENERAL

NOTA TECNICA

: 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I

En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

: 07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA

:ESPECIALIDADNo. Prof
-MEDICINA GENERAL9
-BACTERIOLOGIA3
-ODONTOLOGIA2

LIMITE ASEGURADO

:OPCION No. 1

.. $

DANIELLOPEZ

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

300.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluira los gastos de defensa (incluyendo la cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago d indemnizacion.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA:

OPCION No. 1

.. $

11.231.294

En caso de requerir financiacion inmediata, solicite a su asesor las mejores alternativas que le ofrece Crediestado - www.crediestado.com.co. <http://www.crediestado.com.co/>(Aplican terminos y condiciones).

COBERTURAS:

1.
AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

Segurestado ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad profesional en salud descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en declaracion de asegurabilidad, y ante tal supuesto indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Lo anterior, a consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, por accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que est vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debera mediar autorizacion expresa previa de segurestado para poder acceder a la cobertura otorgada bajo est poliza.

Toda suma que segurestado deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Paragafo: Segurestado indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion iii del condicionado general de esta poliza), cuando se haya generado perdida economic como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

1.2Gastos de defensa: Segurestado indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado previsto en la poliza, para dicha cobertura, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando:
1.2.1Los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la poliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguro.
1.2.2Segurestado reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible indicado en la caratula de la misma. tales honorarios deberan ser consultados por escrito previamente a segurestado, de manera que los mismos se ajusten a las condiciones del mercado y las tarifas que manejen de manera general los colegios de abogados existentes en colombia.

1.2.3En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por segurestado, sujeto a los limites o sublimites previstos, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso. para todos los procesos judiciales y administrativos, si el asegurado es condenado por razon de una conducta dolosa, debera restituir a segurestado los costos y gastos de defensa que se hubieren reconocido.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:

Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del asegurado y/o terceros, a consecuencia de:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

Segurestado cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.
No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en la seccion ii de este condicionado.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD:
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil extracontractual del asegurado a consecuencia del uso de predios, labores y operaciones (plo), por:
Cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, seguro de responsabilidad civil profesional medica para empresas de la salud siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice en forma completa y oportuna los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante o comercializador.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

1.La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la solicitud del seguro.

2.Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la solicitud del seguro.

3.La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. para tal fin la cobertura descrita en este numeral operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a:

OPCION No. 1
$ 15.000.000
PARAGRAFO: Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las ipss con las que tenga convenio el asegurado.
La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de rce de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

RESUMEN LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
OPCION No 1
AMPARO BASICO $ 300.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

GASTOS DE DEFENSALimite PorOPCION No 1
Evento$ 15.000.000
Vigencia$ 60.000.000

DEDUCIBLES
COBERTURAOPCION No 1
GASTOS DE DEFENSA10%
DEMAS AMPAROS15% - Min 5 SMMLV
EXCLUSIONES

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2) años despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
3.Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado, o que no figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza.
4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en colombia.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.

6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social o las normas que la modifiquen o reemplacen). en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Rresponsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.
9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artifical o fecundacion in vitro.

10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II-cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III-cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
IV-cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (ive) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.

12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.

14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza. esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.
16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.
17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente no justificada de acuerdo con la ley.
en caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, segurestado respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
20.Violacion del secreto profesional.
21.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil profesional del asegurado.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.
26.Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, o similares con tal connotacion.

27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.

30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. en todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (shec) y programa de hospitalizacion domiciliaria (phd).

32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. o daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva

36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.
II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
I-La accion de energia atomica
II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.
III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley, en todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.
40.Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.
41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.
45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.
46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.
47.El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de prestacion de servicios de la salud se encuentra amparada.
48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
49.Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.
50.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.
51.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.
52.Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.
53.Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

54.El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.
55.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en colombia.
56.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato segurestado no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:
57.Reclamaciones judiciales o extrajudiciales donde el personal de la salud interviniente en la atencion en salud que dio origen a la reclamacion no se encuentren reportados en esta poliza, llamese auxiliar, profesional o especialista.
58.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a)el paciente, cuando este sea mayor de edad. en caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b)el (os) medico(s) tratante(s) y
c)la enfermera asistente o un testigo

59.Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.

60.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

61.El prestador de servicios de salud no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitacora diaria.

62.El prestador de servicios de salud, no mantenga la historia clinica del paciente al dia o no lleve la historia clinica bajo los parametros establecidos por la ley.
63.Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la resolucion no. 2654 de 2019 y del decreto legislativo no. 538 de 2020 o los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.

64.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo

65.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.

66.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por seguros del estado.

67.Exclusion de responsabilidad cibernetica: el seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1.perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			NIT	899.999.165-6
DIRECCION	CARRERA 5 NO. 1-04	CIUDAD	LA PALMA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8505672
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3.amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.

68. Exclusion de incumplimiento en seguimiento de protocolos: segurestado no sera responsable de realizar ningun pago por perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

1.El hecho de que el asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre: a.un brote real o sospechado de una enfermedad transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una enfermedad transmisible (ya sea real o percibida); o
2.El incumplimiento del asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o 3.el asegurado real o presunta:
a.falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua; b.declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c. falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, el riesgo que representa una enfermedad transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del asegurado o para el desempeño financiero del asegurado.
para propositos de este endoso, enfermedad transmisible hace referencia a:
1)coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2)neumonia atipica o cualquier cepa de esta;
AMBITO TERRITORIAL LEGISLACION APLICABLE CONDICIONES ADICIONALES
: COLOMBIA
: COLOMBIANA
: FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

SUBJETIVIDADES
-No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.
-No se otorga restablecimiento del valor asegurado
: Los terminos aqui incluidos estan sujetos a recibir la siguiente informacion y ser confirmada su aceptacion por parte de Seguros del Estado S.A antes del inicio de vigencia: Solicitud de Seguro - Habilitacion REPS - Estados Financieros - RUT - Copia Cedula Representante Legal - Camara de Comercio - .

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101009694	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**

DIRECCION **CARRERA 5 NO. 1-04** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** NIT **899.999.165-6**

DIRECCION **CARRERA 5 NO. 1-04** CIUDAD **LA PALMA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8505672**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 01 / 2024	04 / 01 / 2024	03 / 01 / 2025	04 / 01 / 2024	03 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
GMR GESTION Y MANEJO DE RIEGOS LTDA	225447	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 300,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 60,000,000.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 300,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: ERRORES U OMISIONES CYH - $ 300,000,000.00, GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH - $ 300,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *********9,438,062.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,793,231.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********11,231,293.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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 NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005610339927(3900)000011231293(96)20240218

REFERENCIA PAGO:
1100561033992-7

25-03-101009694

FIRMA AUTORIZADA

DANIELLOPEZ

CLIENTE

TOMADOR