

|                                      |  |  |                               |  |  |                       |                               |  |  |             |                  |               |  |                              |  |            |  |
|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|--|-----------------------|-------------------------------|--|--|-------------|------------------|---------------|--|------------------------------|--|------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C. |  |  |                               |  |  | SUCURSAL<br>CHAPINERO |                               |  |  |             |                  | COD.SUC<br>14 |  | NO.PÓLIZA<br>14-44-101236268 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS           | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO  |               |  |                              |  |            |  |
| 22 05 2025                           |  |  | 21 05 2025                    |  |  | 00:00                 | 30 11 2028                    |  |  | 23:59       | EMISION ORIGINAL |               |  |                              |  |            |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                             |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                      |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|----------------------|--|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL<br><b>BIENESTAR Y SALUD IPS S.A.S</b> |  |  |  |  |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 900.621.766-2 |  |  |                      |  |  |
| DIRECCIÓN: CR 10 A NRO. 5 - 53                              |  |  |  |  |  | CIUDAD: ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA   |  |  | TELÉFONO: 3133875224 |  |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                            |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                  |  |  |
|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|------------------|--|--|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br><b>MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA</b> |  |  |  |  |  | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.318-6 |  |  |                  |  |  |
| DIRECCIÓN: CALLE 5 7 70                                    |  |  |  |  |  | CIUDAD: ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA   |  |  | TELÉFONO 8522656 |  |  |

ADICIONAL:

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS POR EL CONTRATISTA, EN VIRTUD DEL CONTRATO NO. PS-525-2025 CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICAS DE DISCAPACIDAD Y EMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, VIGENCIA 2025.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

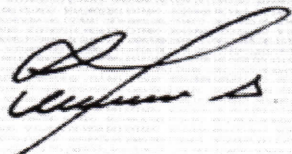
| AMPAROS                                                                     | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                                                   | 21/05/2025     | 30/03/2026     | \$3,377,460.00   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                                                        | 21/05/2025     | 30/05/2026     | \$5,066,190.00   |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 21/05/2025     | 30/11/2028     | \$1,688,730.00   |

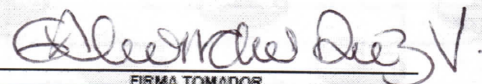
**ACLARACIONES**

| VALOR PRIMA NETA  | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA               | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO    |
|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| \$ *****60,000.00 | \$ *****8,000.00  | \$ *****12,920.00 | \$ *****80,920.00      | \$ *****10,132,380.00 | CONTADO         |
| INTERMEDIARIO     |                   |                   | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                       |                 |
| NOMBRE            | CLAVE             | % DE PART.        | NOMBRE COMPAÑÍA        | % PART.               | VALOR ASEGURADO |
| DIRECTA           | 4013              | 100.00            |                        |                       |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 6013908192 - BOGOTÁ, D.C.





14-44-101236268

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                      |  |  |                               |  |  |                       |                               |  |  |             |                  |               |  |                              |  |            |  |
|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|--|-----------------------|-------------------------------|--|--|-------------|------------------|---------------|--|------------------------------|--|------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C. |  |  |                               |  |  | SUCURSAL<br>CHAPINERO |                               |  |  |             |                  | COD.SUC<br>14 |  | NO.PÓLIZA<br>14-44-101236268 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS           | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO  |               |  |                              |  |            |  |
| 22 05 2025                           |  |  | 21 05 2025                    |  |  | 00:00                 | 30 11 2028                    |  |  | 23:59       | EMISION ORIGINAL |               |  |                              |  |            |  |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                      |                                   |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>BIENESTAR Y SALUD IPS S.A.S | IDENTIFICACIÓN NIT: 900.621.766-2 |
| DIRECCIÓN: CR 10 A NRO. 5 - 53                       | CIUDAD: ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA   |
|                                                      | TELÉFONO: 3133875224              |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                     |                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.318-6 |
| DIRECCIÓN: CALLE 5 7 70                             | CIUDAD: ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA   |
| ADICIONAL:                                          | TELÉFONO 8522656                  |

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

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

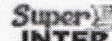
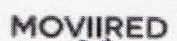
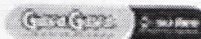
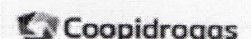
Ve a la opción PQR y selecciona  
el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

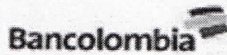
PÁGINA WEB



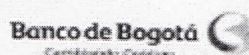
CORRESPONSALES BANCARIOS



PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias



Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189



Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

|                                       |                                       |                          |                                    |                                                |                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| VALOR PRIMA NETA<br>\$ *****60,000.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****8,000.00 | IVA<br>\$ *****12,920.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****80,920.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****10,132,380.00 | PLAN DE PAGO<br>CONTADO |
| INTERMEDIARIO                         |                                       |                          | DISTRIBUCION COASEGURO             |                                                |                         |
| NOMBRE                                | CLAVE                                 | % DE PART.               | NOMBRE COMPAÑIA                    | % PART.                                        | VALOR ASEGURADO         |
| DIRECTA                               | 4013                                  | 100.00                   |                                    |                                                |                         |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 6013908192 - BOGOTÁ, D.C.

FORMA DE PAGO

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

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



(415) 7709998021167 (8020) 11002117584967 (3900) 000000080920 (96) 20260521

REFERENCIA  
PAGO:  
1100211758496-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE