

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO
PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición IBAGUE			Sucursal IBAGUE			Cod. Sucursal 25	No. Póliza 25-42-101004041	Anexo 0
Fecha Expedición Día Mes Año 29 01 2025			Vigencia Desde Día Mes Año 24 01 2025			A las Horas 24:00	Vigencia Hasta Día Mes Año 24 01 2026	
						A las Horas 24:00	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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



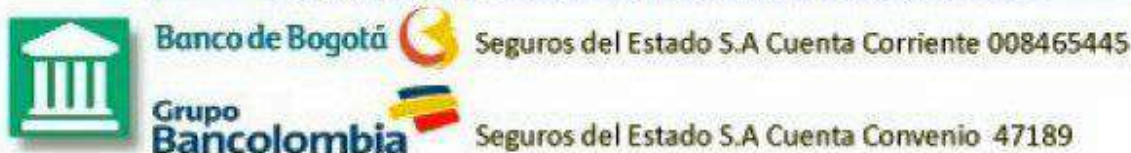
PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
\$ ***1,760,000.00	\$ *****10,000.00	\$ ****336,300.00	\$ *****2,106,300.00	\$ *****40,000,000.00	27 / 01 / 2025
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100.00			
EN BANCOS NO					

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11005610842326 (3900) 000002106300 (96) 20260124

REFERENCIA
PAGO:
1100561084232-6

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Ofi

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	25-42-101004041	0
Fecha Expedición			Vigencia Desde			A las Horas	Vigencia Hasta	A las Horas
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes
29	01	2025	24	01	2025	24:00	24	01
							Año	24:00
						Tipo de Movimiento		
						EMISION ORIGINAL		

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	Identificación	899.999.165-6
Dirección	LA PALMA	Ciudad	LA PALMA, CUNDINAMARCA
		Teléfono	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 ASEGU/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	24/01/2025	24/01/2026	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:\$40.000.000

Se amparan las pérdidas causadas por los funcionarios asegurados, por incurrir en conductas que sean tipificadas como delitos contra la administración pública 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 póliza

AMPARO BSICO

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
\$ ***1,760,000.00	\$ *****10,000.00	\$ ****336,300.00	\$ *****2,106,300.00	\$ *****40,000,000.00	27 / 01 / 2025
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	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:
1100561084232-6

(415) 7709998021167 (8020) 11005610842326 (3900) 000002106300 (96) 20260124

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VITA
ESTADO SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
DI VIGENCIA DEL SEGURO
DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT
DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT
DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

25-42-101004041

FIRMA AUTORIZADA

Alex Rincón

FIRMA TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición IBAGUE						Sucursal IBAGUE				Cod.Suc 25		No.Póliza 25-42-101004041		Anexo 0	
Fecha Expedición			Vigencia Desde			A las	Vigencia Hasta			A las	Tipo Movimiento				
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Horas	Día	Mes	Año	Horas					
29	01	2025	24	01	2025	24:00	24	01	2026	24:00	EMISION ORIGINAL				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA								Identificación 899.999.165-6	
Dirección: LA PALMA				Ciudad: LA PALMA, CUNDINAMARCA				Teléfono: 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 prticas 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, Sublmite 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 compaa 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 cmplce). Queda entendido que la responsabilidad de la compaa, respecto de tales prdidas, no exceder en ningn caso del monto asegurado estipulado en la pliza, Sublmite hasta el 50% del valor asegurado Evento / Vigencia.
Proteccin de depsitos bancarios: Sublmite hasta el 20% del valor asegurado Evento / Vigencia.
Bienes de Propiedad de Terceros: Sublmite \$ 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 Sinistro: 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 desempeando 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.

25-42-10100401

FIRMA TOMADOR

DANIELLOPEZ



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición IBAGUE						Sucursal IBAGUE				Cod.Suc 25		No.Póliza 25-42-101004041		Anexo 0	
Fecha Expedición			Vigencia Desde			A las	Vigencia Hasta			A las	Tipo Movimiento				
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Horas	Día	Mes	Año	Horas					
29	01	2025	24	01	2025	24:00	24	01	2026	24:00	EMISION ORIGINAL				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

Adicional:

- Continuación -

Segn las indicadas en el clausulado general, adems de las siguientes

Merms

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 despues 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.

25-42-101004041

FIRMA TOMADOR

DANIELLOPEZ