



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>			SUCURSAL <b>BOGOTA</b>			COD.SUC <b>11</b>		NO.PÓLIZA <b>11-44-101265657</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA <b>29</b>	MES <b>09</b>	AÑO <b>2025</b>	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>10 09 2025</b>		A LAS HORAS <b>00:00</b>	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>10 12 2030</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>		

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>JL CONSTRU-CIVIL S.A.S</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.589.833-1</b>
DIRECCIÓN: <b>CALLE 17 A 15-A-05 BARIO ANCON</b>	CIUDAD: <b>IBAGUE, TOLIMA</b> TELÉFONO: <b>3204620521</b>

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>890.701.543-5</b>
DIRECCIÓN: <b>CR 3 NRO. 7 - 00</b>	CIUDAD: <b>SANTA ISABEL, TOLIMA</b> TELÉFONO: <b>00</b>

**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:

AMPARA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE OBRA NO. 084 CUYO OBJETO ES : ADECUACION MENOR DEL CENTRO DE SALUD DEL CENTRO POBLADO DE SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL, DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

SE INCLUYE COMO BENEFICIARIO ADICIONAL AL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL

**AMPAROS**

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/09/2025	10/06/2026	\$27,600,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	10/09/2025	10/12/2028	\$13,800,000.00
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	SI AMPARA 5 AÑOS, 0 MESES Y 0 DÍAS *		\$13,800,000.00

**ACLARACIONES**

\* ESTE AMPARO INICIA VIGENCIA UNA VEZ SE HA FINALIZADO LA EJECUCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA A SATISFACCION DEL MISMO AMPARA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE OBRA NO. 084 CUYO OBJETO ES : ADECUACION MENOR DEL CENTRO DE SALUD DEL CENTRO POBLADO DE SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL, DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

SE INCLUYE COMO BENEFICIARIO ADICIONAL AL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ ****296,030.00	\$ *****8,000.00	\$ *****57,765.00	\$ *****361,796.00	\$ *****55,200,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ESPERANZA MARTINEZ DIAZ	51201	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

11-44-101265657

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>			SUCURSAL <b>BOGOTA</b>			COD.SUC <b>11</b>		NO.PÓLIZA <b>11-44-101265657</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>
29 09 2025		10 09 2025			00:00		10 12 2030		23:59		

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>JL CONSTRU-CIVIL S.A.S</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.589.833-1</b>			
DIRECCIÓN: CALLE 17 A 15-A-05 BARIO ANCON						CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA				TELÉFONO: 3204620521	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>890.701.543-5</b>			
DIRECCIÓN: CR 3 NRO. 7 - 00						CIUDAD: SANTA ISABEL, TOLIMA				TELÉFONO 00	

ADICIONAL:

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** | | | | **VISA**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

| | |

| |

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado  
Cambiando Corrijo Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****296,030.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****57,765.00	TOTAL A PAGAR \$ *****361,796.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****55,200,000.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ESPERANZA MARTINEZ DIAZ	51201	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
**1100063061832-1**

(415) 7709998021167 (8020) 11000630618321 (3900) 000000361796 (96) 20260910

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> BOGOTA, D.C.			<b>SUCURSAL</b> BOGOTA			<b>COD.SUC</b> 11		<b>NO.PÓLIZA</b> 11-44-101265657		<b>ANEXO</b> 0	
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b>			<b>VIGENCIA DESDE</b>			<b>A LAS HORAS</b>		<b>VIGENCIA HASTA</b>		<b>A LAS HORAS</b>	
<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>		<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>		<b>TIPO MOVIMIENTO</b>
29	09	2025	10	09	2025	00:00	10	12	2030	23:59	EMISION ORIGINAL

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL</b>		JL CONSTRU-CIVIL S.A.S		<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b> 900.589.833-1	
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 17 A 15-A-05 BARIO ANCON			<b>CIUDAD:</b> IBAGUE, TOLIMA		<b>TELÉFONO:</b> 3204620521

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO / BENEFICIARIO:</b>		HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO DEL MUNICIPIO DE SANTA ISABEL		<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b> 890.701.543-5	
<b>DIRECCIÓN:</b> CR 3 NRO. 7 - 00			<b>CIUDAD:</b> SANTA ISABEL, TOLIMA		<b>TELÉFONO:</b> 00

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-44-101265657

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR