SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003159	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
13	01	2025	04	01	2025	24:00	04	01	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA | **Identificación :** 860.015.929-2

Dirección : CL 1 NRO. 7 - 56 | **Ciudad :** VILLETA, CUNDINAMARCA | **Teléfono :** 8444573

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA | **Identificación :** 860.015.929-2

Dirección : CL 1 NRO. 7 - 56 | **Ciudad :** VILLETA, CUNDINAMARCA | **Teléfono :** 8444573

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	04/01/2025	04/01/2026	100,000,000.00

DEDUCIBLE : 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV

ACLARACIONES

SEGURO GLOBAL DE MANEJO PARA ENTIDADES OFICIALES

OBJETO DEL SEGURO

AMPARAR LA APROPIACION INDEBIDA DE DINERO Y OTROS BIENES DEL HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA QUE ACONTECIERE COMO CONSECUENCIA DE LOS EVENTOS MAS ADELANTE ENUMERADOS, EN QUE INCURRAN SUS EMPLEADOS O REEMPLAZANTES, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA IMPUTABLE A UNO O VARIOS EMPLEADOS DETERMINADOS Y SEA COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ ***5,400,000.00	$ ******10,000.00	$ ***1,027,900.00	$ *********6,437,900.00	$ ********100,000,000.00	07 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	184449	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 CALLE 83 NO 19-10 - Telefono: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

REFERENCIA PAGO: **1100513735092-1**

(415)7709998021167(8020)11005137350921(3900)000006437900(96)20260104

21-42-101003159

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

COPIA COMPAÑIA
MARIABUITRAGO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003159	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	01	2025	04	01	2025	24:00	04	01	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA			860.015.929-2
Dirección: CL 1 NRO. 7 - 56	**Ciudad:** VILLETA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	8444573

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA			860.015.929-2
Dirección: CL 1 NRO. 7 - 56	**Ciudad:** VILLETA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	8444573

Adicional:

- Continuación -

MODALIDAD DE COBERTURA: OCURRENCIA

VALOR ASEGURADO: $20.000.000 EVENTO / 100.000.000 VIGENCIA

COBERTURA
DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO ECONOMICO.
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS.
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS.

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

EXTENSION DE COBERTURA PARA EMPLEADOS OCASIONALES, TEMPORALES. LA COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR LOS TRABAJADORES OCASIONALES, TEMPORALES O TRANSITORIOS Y A QUIENES, SIN SERLO, REALICEN PRACTICAS O INVESTIGACIONES EN SUS DEPENDENCIAS. ASI MISMO TODAS AQUELLAS PERSONAS NATURALES QUE PRESTEN SERVICIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER TITULO O CONTRATO, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, LOS EMPLEADOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, SUBLIMITE HASTA EL 30% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, SUBLIMITE HASTA EL 30% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA. CUANDO OCURRA CUALQUIER PERDIDA Y EL HOSPITAL NO PUDIERA DETERMINAR ESPECIFICAMENTE AL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS RESPONSABLES, LA COMPAÑIA RECONOCERA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR AL EVENTO, PERMITAN CONSIDERAR QUE EN LA OCURRENCIA DEL MISMO INTERVINIERON UNO O VARIOS EMPLEADOS, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE) QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, RESPECTO DE TALES PERDIDAS, NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL MONTO ASEGURADO ESTIPULADO EN LA POLIZA.

PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS: SUBLIMITE HASTA EL 10% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA

CLAUSULAS ADICIONALES

ACTOS DE AUTORIDAD.
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS CARGOS CON REPORTE Y AVISO 30 DIAS.
CAMBIOS EN LA DENOMINACION DE CARGOS.
DESIGNACION DE AJUSTADORES: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN EL EVENTO DE UN SINIESTRO QUE AFECTE LA POLIZA Y SI LA COMPAÑIA DECIDE HACER NOMBRAMIENTO DE AJUSTADORES, EN CASO DE QUE EL AJUSTADOR DESIGNADO NO SATISFAGA LAS EXPECTATIVAS DE LA ENTIDAD ESTATAL, SE PROCEDERA A DESIGNAR NUEVO AJUSTADOR DE TERNA PRESENTADA POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS.
CONCURRENCIA DE AMPAROS, CLAUSULAS Y/O CONDICIONES: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO, QUE SI DOS O MAS AMPAROS, CLAUSULAS O CONDICIONES OTORGAN COBERTURA A UN MISMO EVENTO, SE INDEMNIZARA CON AQUELLA QUE OFREZCA MAYOR PROTECCION PARA LOS INTERESES DEL ASEGURADO. DE IGUAL MANERA PREVALECERAN LOS AMPAROS, CLAUSULAS O CONDICIONES QUE OTORGUEN COBERTURA, SOBRE AQUELLOS QUE LAS EXCLUYAN. EN TODO CASO Y ANTE CUALQUIER DISCREPANCIA SOBRE CUAL ES EL AMPARO, CLAUSULA O CONDICION APLICABLE A UN CASO DETERMINADO, SE APLICARA AQUELLA QUE DETERMINE EL ASEGURADO DE ACUERDO A SU CONVENIENCIA.

EXTENSION DE LA COBERTURA HASTA 30 DIAS DE RETIRO DEL FUNCIONARIO.
EXPERTICIO TECNICO. QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN EL EVENTO DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTRE LA COMPAÑIA Y EL ASEGURADO EN CUANTO A SI EL SINIESTRO CONSTITUYE UN AGOTAMIENTO DEL LIMITE ASEGURADO, LA CUESTION SERA SOMETIDA A CONCEPTO EMITIDO POR EL AJUSTADOR, SEGUN LOS INTERESES AFECTADOS POR EL SINIESTRO, SIGUIENDO EL PROCEDIMIENTO QUE PARA TAL REGULACION PREVEN LOS ARTICULOS 2026 Y SIGUIENTES DEL CODIGO DE COMERCIO.
CAJAS MENORES SUBLIMITE A 2% DEL LIMITE ASEGURADO DE LA POLIZA

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

21-42-101003159

FIRMA TOMADOR

MARIABUITRAGO

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

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003159	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	01	2025	04	01	2025	24:00	04	01	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA			860.015.929-2
Dirección: CL 1 NRO. 7 - 56	**Ciudad:** VILLETA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	8444573

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA			860.015.929-2
Dirección: CL 1 NRO. 7 - 56	**Ciudad:** VILLETA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	8444573

Adicional:

- Continuación -

AMPARO AUTOMATICO PARA CARGOS: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE DIGA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, EL PRESENTE ANEXO SE EXTIENDE A CUBRIR AUTOMATICAMENTE TODO NUEVO CARGO CREADO POR EL ASEGURADO. EL ASEGURADO DEBERA COMUNICAR TAL SITUACION A LA ASEGURADORA DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA MODIFICACION Y LA COMPAÑIA EFECTUARA EL COBRO DE LA PRIMA PROPORCIONAL A PRORRATA.

AMPLIACION AVISO DE SINIESTRO: POR MEDIO DE LA PRESENTE CLAUSULA Y NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, EL ASEGURADO PODRA DAR AVISO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN UN TERMINO DE 30 DIAS, SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA OCURRENCIA DEL MISMO.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%: QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO AMPARADO BAJO LA PRESENTE POLIZA Y DEMOSTRADA SU OCURRENCIA Y CUANTIA, LA COMPAÑIA ANALIZARA LA POSIBILIDAD DE ANTICIPAR EL 50% DEL VALOR ESTIMADO DE LA PERDIDA MIENTRAS EL ASEGURADO CUMPLE CON LA OBLIGACION LEGAL PARA TAL FIN. EL ASEGURADO DEBERA HACER EL REQUERIMIENTO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA DIRIGIDA A LA COMPAÑIA.

GASTOS PARA DEMOSTRAR EL SINIESTRO Y SU CUANTIA: NO OBSTANTE, LO QUE SE DIGA EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA, LA COMPAÑIA SE OBLIGA A INDEMNIZAR LOS GASTOS EN QUE NECESARIA Y RAZONABLEMENTE INCURRA EL ASEGURADO CON EL FIN DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PERDIDA QUE SEAN AFECTADOS POR UNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS BAJO LA PRESENTE POLIZA, HASTA EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS, SIN EXCEDER EL 10% DEL LIMITE ASEGURADO.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE, NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE DIGA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, EL PRESENTE ANEXO SE EXTIENDE A CUBRIR AUTOMATICAMENTE TODO NUEVO CARGO CREADO POR EL ASEGURADO. EL ASEGURADO DEBERA COMUNICAR TAL SITUACION A LA ASEGURADORA DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA MODIFICACION Y LA COMPAÑIA EFECTUARA EL COBRO DE LA PRIMA PROPORCIONAL A PRORRATA.

DEDUCIBLE

CAJAS MENORES: NO APLICACION
DEMAS EVENTOS: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

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.

21-42-101003159

FIRMA TOMADOR

MARIABUITRAGO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA