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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR **E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA** NIT **860.035.447-1**
DIRECCION **CL 6 NRO. 6 - 04** CIUDAD **GUATAVITA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8577376**

ASEGURADO **HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA** NIT **860.035.447-1**
DIRECCION **CALLE 6 N 6 04** CIUDAD **GUATAVITA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **2577120**

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)
20 / 02 / 2025	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026

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

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**

DEDUCIBLES: º 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: ERRORES U OMISIONES CYH - $ 300,000,000.00, GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *********5,434,131.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,032,484.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********6,466,615.00

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 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: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

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)11002117209512(3900)000006466615(96)20260204

REFERENCIA PAGO:
1100211720951-2

14-03-101008385

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

VIVIANAGUTIERREZ

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
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)
20 / 02 / 2025	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026

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:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *********5,434,131.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,032,484.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********6,466,615.00

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 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.

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

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)11002117209512(3900)000006466615(96)20260204

REFERENCIA PAGO:

1100211720951-2

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 ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES

1. OBJETO DEL SEGURO:
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 LA 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 Y 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 ESTE 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 LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
NOTA: EL PROPONENTE CON LA PRESENTACION DE LA OFERTA Y LA FIRMA DEL ANEXO NO.1 LA ACEPTACION DE LAS CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS, ACEPTA EL OFRECIMIENTO DE LAS CONDICIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y DECLARA QUE ESTAS PREVALECERAN SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DEL EJEMPLAR DE LA POLIZA, SUS ANEXOS O CUALQUIER TEXTO CONTENIDO EN LA PROPUESTA.

NIVEL DE ATENCION: NIVEL I
CAMAS / SILLAS: 8
AMBULANCIAS: 4

2. INFORMACION GENERAL:

RELACION DE EQUIPO MEDICO A ASEGURAR:
GINECOBSTETRICIA 1
ORTOPEDIA 1
PEDIATRIA 2
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA 2
AUXILIAR DE ENFERMERIA 7
BACTERIOLOGIA 3
ODONTOLOGIA 4
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 1

DEMAS MIEMBROS DEL CUERPO MEDICO AMPARADOS, DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO CON AMPARO AUTOMATICO DESDE SU VINCULACION Y HASTA 30 DIAS DE PLAZO PARA AVISAR A LA COMPAÑIA. CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

NOTA: LA ENTIDAD TOMADORA INFORMARA A LA ASEGURADORA CUALQUIER CAMBIO DERIVADO DE LA AMPLIACION DE COBERTURA A NUEVOS CARGOS O DE ELIMINACION DE CARGOS, QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO CONTRATADO LAS MODIFICACIONES EN TAL SENTIDO, CONSTARAN EN CERTIFICADO O ANEXO Y DARAN LUGAR AL PAGO O DEVOLUCION DE PRIMA SEGUN CORRESPONDA.

3. AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

4. LEY Y JURISDICCION: COLOMBIANA

5. COBERTURAS BASICAS:
ERRORES Y OMISIONES CON OCASION DE LAS RESPONSABILIDAD CIVL DE CLINICAS Y HOSPITALES.
LIMITE PRINCIPAL : PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES, LIMITE ASEGURADO, $300.000.000 EVENTO / AGREGADO VIGENCIA, INCLUYENDO LOS GASTOS DE DEFENSA.

AMPARA LOS PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES CAUSADOS A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA Y CENTRO DE SALUD DE GUASCA, COMO CONSECUENCIA DE LAS DECISIONES DE GESTIONES INCORRECTAS PERO NO DOLOSAS, ADOPTADAS Y/O EJECUTADAS O INEJECUTADAS POR LOS SERVIDORES PUBLICOS Y/O FUNCIONARIOS CON REGIMENES DE RESPONSABILIDAD SIMILARES A LOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS, CUYOS CARGOS ESTEN AMPARADOS EN LA POLIZA.

GASTOS DE DEFENSA, SUBLIMITE DE $60.000.000 AGREGADO/ VIGENCIA, EL CUAL SE ENCUENTRA COMPRENDIDO DENTRO DEL LIMITE DE PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES EVENTO 15,000,000 VIGENCIA 60,000,000

GASTOS 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.
EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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:
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS 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.
USO 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, 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, 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
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, VACUNAS Y MATERIALES MEDICOS USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA 8ALUD RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), 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.

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, SOLO TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

COBERTURA PARA CULPA GRAVE.
NO OBSTANTE LO QUE SE DIGA EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA, QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE SE AMPARAN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CONTRA LAS PERSONAS ASEGURADAS, AUN CUANDO EL ACTO INCORRECTO GENERADOR DE RESPONSABILIDAD CIVIL, SE DEBA A UNA CULPA GRAVE, NEGLIGENCIA O FALTA DE DILIGENCIA GRAVE DEL ASEGURADO; SIEMPRE Y CUANDO EL ACTO NO CUENTE CON CALIFICACION DOLOSA.

RESPONSABILIDAD CIVIL POR EL USO Y/O POSESION DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS, EN EXCESO DEL LIMITE CONTRATADO EN LA POLIZA DE AUTOMOVILES. LIMITE DE 100,000,000
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL LIMITE DE 100,000,000

MODIFICACION EN LAS LEYES EXISTENTES O INTRODUCCION DE NUEVA LEGISLACION.

LA PRESENTE POLIZA OTORGARA COBERTURA A LOS ASEGURADOS, FRENTE A LA MODIFICACION EN LAS LEYES EXISTENTES O LA INTRODUCCION DE NUEVA LEGISLACION EN MATERIA PENAL, DISCIPLINARIA O FISCAL, SUJETO A QUE LAS INVESTIGACIONES O PROCESOS QUE SEAN INICIADOS EN VIRTUD DE DICHAS MODIFICACIONES LEGISLATIVAS, TENGAN COMO FINALIDAD IMPUTAR RESPONSABILIDAD A LOS ASEGURADOS, POR ACCIONES U OMISIONES NO DOLOSAS COMETIDAS EN CALIDAD DE SERVIDORES PUBLICOS, CON OCASION DE LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO ASEGURADO.

6. EXCLUSIONES
NO SE APLICAN LAS EXCLUSIONES PARA ESTE SEGURO, SI NO LAS QUE SE INDIQUEN EN EL CONDICIONADO DE LA ASEGUADORA QUE OBTENGA LA DESINGACION DEL CONTRATO.

7, CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES BASICAS OBLIGATORIAS

DEFINICION DE EVENTO:
SE ENTIENDE POR EVENTO TODA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DERIVAR EN UNA O VARIAS RECLAMACIONES O PROCESOS, AUN CUANDO SEAN ADELANTADOS POR AUTORIDADES DISTINTAS, SIEMPRE QUE PROVENGAN DE UNA MISMA CAUSA Y AUN CUANDO ESTEN INVOLUCRADOS VARIOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS.
PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA BAJO LA POLIZA, DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DE COBERTURA AQUI DEFINIDA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE TODAS LAS INVESTIGACIONES Y PROCESOS QUE SURJAN CON POSTERIORIDAD A DICHA NOTIFICACION EFECTUADA POR PRIMERA VEZ, DEBERAN SER ATENDIDAS POR LA MISMA POLIZA QUE CONOCIO DE AQUELLA PRIMERA RECLAMACION DEBIDAMENTE NOTIFICADA DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA .

AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS FUNCIONARIOS

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 FUNCIONARIO VINCULADO EN CUALQUIERA DE LOS CARGOS AMPARADOS, SIN QUE SE REQUIERA AVISO ESCRITO. TREINTA (30) DIAS DE AVISO

AMPARO A LA RESPONSABILIDAD DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS QUE SE TRANSMITA POR MUERTE, INCAPACIDAD, INHABILITACION O INSOLVENCIA

APLICACION DE DISPOSICIONES DEL CODIGO DE COMERCIO.

LAS REGLAS APLICABLES A LOS SEGUROS EN GENERAL Y LOS PRINCIPIOS, NORMAS Y REGLAS APLICABLES A LOS SEGUROS DE DAÑOS Y RESPONSABILIDAD CIVIL SERAN APLICABLES, SALVO DISPOSICION EN CONTRARIO, AL SEGURO OBJETO DE ESTA CONTRATACION.

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

REVOCACION UNILATERAL, CON TERMINO DE SESENTA (60) DIAS.

LA ASEGURADORA PODRA REVOCAR UNILATERALMENTE ESTE SEGURO, SUS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES, CLAUSULAS, ANEXOS Y/O CUALQUIER OTRA CONDICION CONTENIDA EN LA MISMA; UNICAMENTE MEDIANTE NOTICIA ESCRITA A LA ENTIDAD TOMADORA, EXPRESADA CON UNA ANTELACION NO INFERIOR AL TERMINO OFRECIDO POR LA ASEGURADORA EN EL PRESENTE PROCESO.

ASI MISMO, EN EL CASO DE QUE LA ASEGURADORA DECIDA NO OTORGAR RENOVACION O PRORROGA DEL CONTRATO DE SEGURO, DEBERA DAR AVISO DE ELLO A LA ENTIDAD TOMADORA, CON LA MISMA ANTELACION.

AMPLIACION AVISO DE SINIESTRO, CON TERMINO DE NOVENTA (90) DIAS.

SE EXTIENDE EL TERMINO DE AVISO DE LA NOTIFICACION DEL SINIESTRO POR PARTE DEL ASEGURADO, POR EL PLAZO OTORGADO POR LA ASEGURADORA EN EL PRESENTE PROCESO Y QUE APLICA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA HAYA CONOCIDO.

LIBRE ESCOGENCIA DE ABOGADO PARA LA DEFENSA.

MEDIANTE ESTA CONDICION, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA SELECCION DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE LA DEFENSA CORRESPONDERA A LA ENTIDAD TOMADORA, LOS FUNCIONARIOS QUE ESTA DESIGNE O LOS ASEGURADOS; QUIENES PARA SU APROBACION PRESENTARAN A LA COMPAÑIA LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE, ES DECIR, UNA COTIZACIN, INCLUIDOS LOS IMPUESTOS Y GRAVAMENES, YA SEAN FISCALES, TRIBUTARIOS U OTROS LEGALMENTE ESTABLECIDOS, Y QUE POR TAL MOTIVO FORMEN PARTE DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE GASTOS DE DEFENSA.

LA COMPAÑIA PODRA, PREVIA SOLICITUD Y DE COMUN ACUERDO CON LA ENTIDAD TOMADORA, PODRA ASUMIR LA DEFENSA DE CUALQUIER LITIGIO O PROCEDIMIENTO LEGAL A NOMBRE DEL ASEGURADO, A TRAVES DE ABOGADOS ELEGIDOS POR LA ASEGURADORA.

PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE LA ASEGURADORA PAGARA LOS HONORARIOS DIRECTAMENTE AL ABOGADO DESIGNADO PARA EL CASO O MEDIANTE REEMBOLSO, A ELECCION DEL ASEGURADO. AS MISMO QUEDA ACORDADO QUE LA ASEGURADORA OTORGA LA POSIBILIDAD DE EFECTUAR DIRECTAMENTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACION A LAS PERSONAS QUE DESIGNE EL ASEGURADO, EN NOMBRE DE STE. EN TODO CASO SE REQUERIRA PREVIA Y EXPRESA SOLICITUD DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE QUIEN ESTE FACULTADO PARA ELLO, PARA PROCESOS PENALES OPERARAN SIEMPRE POR REEMBOLSO.

ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA.

MEDIANTE ESTA CONDICION, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA ASEGURADORA SE PRONUNCIARA SOBRE LA COTIZACION DE HONORARIOS DEL ABOGADO, GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA (INCLUIDOS LOS IMPUESTOS, GRAVAMENES U OTROS LEGALMENTE ESTABLECIDOS); EN LA BREVEDAD POSIBLE Y MAXIMO DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS HABILES SIGUIENTES AL RECIBO DE LA DOCUMENTACION QUE ACREDITE LOS MISMOS. EN CASO CONTRARIO SE ENTENDERAN ACEPTADOS LOS HONORARIOS DE ABOGADO, DE CONFORMIDAD CON LA(S) COTIZACION(ES) PRESENTADA(S) POR LA ENTIDAD ASEGURADA O LOS FUNCIONARIOS QUE ESTA DESIGNE O LOS ASEGURADOS.

NO APLICACION DE TARIFA DE COLEGIOS DE ABOGADOS U OTRO CRITERIO SIMILAR, PARA LIMITAR Y/O ACEPTAR LA PROPUESTA DE LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, PRESENTADA POR LA ENTIDAD TOMADORA, LOS FUNCIONARIOS QUE ESTA DESIGNE O LOS ASEGURADOS, NO SUPEREN LOS LIMITES ASEGURADOS OTORGADOS

ANTICIPO DE GASTOS DE DEFENSA, SUBLIMITE DEL 50%.

MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO Y ACEPTADO, QUE EN CASO DE SINIESTRO LA ASEGURADORA ANTICIPARA PAGO DEL 50% DEL VALOR DE LOS GASTOS DE DEFENSA, EXCEPTO PARA LOS PROCESOS PENALES QUE OPERARAN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO; CON BASE EN LA COTIZACION DE HONORARIOS PROFESIONALES PRESENTADAS A LA COMPAÑIA ASEGURADORA POR LA ENTIDAD TOMADORA O LOS FUNCIONARIOS DESIGNADOS POR ESTA O LOS ASEGURADOS Y APROBADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA DE ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA.

PARA TAL EFECTO, LA COMPAÑIA ASEGURADORA IGUALMENTE SE COMPROMETE AL PAGO DEL ANTICIPO, DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA CONCLUSION DEL TERMINO PREVISTO EN LA CLAUSULA DE ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA.

ASI MISMO SE ACUERDA QUE EL PAGO DEL SALDO DEL 50%, LO EFECTUARA LA ASEGURADORA CON LA PRESENTACION DEL FALLO DEFINITIVO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, ACOMPAÑADO DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS POR PARTE DE ASEGURADO EN EL PROCESO Y LA AUTORIZACION DEL FUNCIONARIO ASEGURADO.

DE TODAS FORMAS SE PRECISA, QUE EL PAGO POR REEMBOLSO RESPECTO DE LOS GASTOS EN PROCESOS PENALES, APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE DEFINA EN LA INSTANCIA PROCESAL CORRESPONDIENTE, QUE EL IMPUTADO NO OBRO DOLOSAMENTE. LOS GASTOS FRENTE A PROCESOS PENALES INICIADOS POR DELITOS CALIFICADOS CULPOSOS SE PAGAN POR REEMBOLSO. IGUALMENTE QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA ASEGURADORA PARA EL PAGO DE LOS GASTOS DE DEFENSA NO EXIGIRA FIRMA O TRAMITE DE PAGARE CARTA DE INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DE PAGARE O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O GARANTIA, EXCEPTO EN LOS CASOS DE PROCESOS PENALES QUE SON OBJETO DE REEMBOLSO MIENTRAS SE DEFINE EN LA INSTANCIA PROCESAL CORRESPONDIENTE QUE EL IMPUTADO NO OBRO DOLOSAMENTE.

DESIGNACION DE AJUSTADORES.

LA COMPAÑIA ACEPTA QUE EN CASO DE DESIGNACION DE AJUSTADOR, LA MISMA DEBERA EFECTUARSE DE COMUN ACUERDO ENTRE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

LA ASEGURADORA PRESENTARA PARA CADA RECLAMO UNA TERNA DE AJUSTADORES Y EL ASEGURADO ELEGIRA DE LA MISMA, EL AJUSTADOR QUE CONSIDERE CONVENIENTE.

ERRORES Y OMISIONES.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EL ASEGURADO ESTA OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO. LA INEXACTITUD CON RESPECTO DE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR LA COMPAÑIA LA HUBIEREN RETRAIDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS, PRODUCE LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO. SIN EMBARGO, SI EL TOMADOR INCURRIESE EN ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES IMPUTABLES A EL Y AL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERA NULO NI HABRA LUGAR A LA APLICACION DEL INCISO TERCERO DEL ARTICULO 1058 DEL CODIGO DE COMERCIO SOBRE REDUCCION PORCENTUAL DE LA PRESTACION ASEGURADA. EN ESTE CASO, SE LIQUIDARA LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO

NO CONCURRENCIA DE AMPAROS, CLAUSULAS 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 BASE EN AQUELLA QUE OFREZCA MAYOR PROTECCION PARA LOS INTERESES DEL ASEGURADO. DE IGUAL MANERA PREVALECERAN LOS AMPAROS, CLAUSULAS O CONDICIONES QUE OTORGUEN COBERTURAS 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 O AQUELLAS QUE EN CONJUNTO DETERMINE EL ASEGURADO DE ACUERDO A SU CONVENIENCIA.

NO SUBROGACION.
QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN CASO DE UN SINIESTRO, QUE AFECTA LA PRESENTE POLIZA, LA COMPAÑIA DE SEGUROS RENUNCIA AL DERECHO DE SUBROGACION EN FAVOR DE FUNCIONARIOS, EMPLEADOS DE LA ENTIDAD O EMPLEADOS TEMPORALES O PERSONAS QUE REALICEN ASESORIAS O TRABAJOS INTELECTUALES A LA ENTIDAD POR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SIEMPRE QUE ESTEN COMO ASEGURADOS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD. LA CLAUSULA QUEDARA SIN EFECTO, SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O CULPA GRAVE.

CLAUSULA DE JURISDICCION Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS.

TODA Y CUALQUIER DIFERENCIA QUE SURJA ENTRE LAS PARTES POR LA INTERPRETACION DEL PRESENTE CONTRATO, SU EJECUCION, CUMPLIMIENTO, TERMINACION O LAS CONSECUENCIAS FUTURAS DEL MISMO, SERA DIRIMIDA BAJO LA JURISDICCION Y LEGISLACION DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. LAS DIFERENCIAS Y CONTROVERSIAS QUE SURJAN SE SOLUCIONARAN CON SUJECION A LAS INSTANCIAS QUE DETERMINE LA ENTIDAD ASEGURADA Y/O TOMADORA.

CLAUSULA DE APLICACION DE CONDICIONES PARTICULARES.

QUEDA ESPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA COMPAÑIA ACEPTA LAS CONIDICIONES BASICAS TECNICAS ESTABLECIDAS EN ESTE ANEXO, EN LOS TERMINOS SEÑALADOS EN LE MISMO, POR LO TANTO, EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTE LOS OFRECIMIENTOS CONTENIDOS EN LA PROPUESTA TECNICA BASICA, FRENTE A LOS TEXTOS DE LOS EJEMPLARES DE LAS POLIZAS, CERTIFICADOS, ANEXOS O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO; PREVALECERA LA INFORMACION Y CONDICIONES BASICAS TECNICAS ESTABLECIDAS.

11. DEDUCIBLES
15% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 5 SMMLV

CLAUSULADO
FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI

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.	CHAPINERO	14	14-42-101001072	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
20	02	2025	04	02	2025	24:00	04	02	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	860.035.447-1	CL 6 NRO. 6 - 04	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	8577376

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	860.035.447-1	CALLE 6 N 6 04	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	2577120

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	04/02/2025	04/02/2026	50,000,000.00

DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV

ACLARACIONES

POLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ ***2,000,000.00	$ ******10,000.00	$ *****381,900.00	$ *********2,391,900.00	$ ********50,000,000.00	19 / 02 / 2025

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 CRA. 7 NO. 57 -67 - Telefono: 6013908192 - BOGOTA, D.C.

REFERENCIA PAGO:
1100211720949-7

(415)7709998021167(8020)11002117209497(3900)000002391900(96)20260204

14-42-101001072

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

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.	CHAPINERO	14	14-42-101001072	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
20	02	2025	04	02	2025	24:00	04	02	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			**860.035.447-1**
Dirección: CL 6 NRO. 6 - 04	**Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	8577376

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			**860.035.447-1**
Dirección: CALLE 6 N 6 04	**Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	2577120

Adicional:

- Continuación -

ACTIVIDAD: SERVICIOS HOSPITALARIOS

ASPECTOS GENERALES DE LA POLIZA

JURISDICCION: COLOMBIA

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: OCURRENCIA

CLAUSULADO GENERAL APLICABLE

LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA: $50.000.000

CONDICIONES ECONOMICAS

PRIMA ANUAL ANTES DE IVA: $ 2.000.000

DEDUCIBLES (PARA TODA Y CADA PERDIDA)
BASICO 10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS Y TEMPORALES 10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
MAQUILADORES (SE OTORGA SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO): 10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
DEMAS EVENTOS: 10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

COBERTURAS
HURTO Y HURTO CALIFICADO
ABUSO DE CONFIANZA
FALSEDAD
ESTAFA

SUBLIMITES
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS 50%
EMPLEADOS TEMPORALES O DE FIRMA ESPECIALIZADA 50%
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS 50%
EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, EVENTO / VIGENCIA 50%
BIENES PROPIEDAD DE TERCEROS 50%
PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS 50%

CONDICIONES PARTICULARES
SUBLIMITE CAJA MENOR.$ 5.00.000 EVENTO / $ 10.000.000 VIGENCIA
ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION DEL 50% UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA.
DESIGNACION DE AJUSTADORES, DE COMUN ACUERDO CON EL ASEGURADO.
MODIFICACIONES A CARGOS, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPAÑIA.
AMPARO AUTOMATICO POR CAMBIOS EN LA DENOMINACION DEL CARGO O NOMINACION DE TRABAJADORES
AMPARO PARA EVENTOS QUE SE PRESENTEN E INVOLUCREN A PERSONAL QUE SE HAYA RETIRADO. CON PLAZO MAXIMO DE AVISO A LA COMPAÑIA DE TREINTA (30) DIAS, Y COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS EMPLEADOS AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS CON REPORTE AL FINAL DE LA VIGENCIA. CON PLAZO MAXIMO DE AVISO A LA COMPAÑIA DE TREINTA (30) DIAS, Y COBRO DE PRIMA A PRORRATA.

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

14-42-101001072

FIRMA TOMADOR

VIVIANAGUTIERREZ

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.	CHAPINERO	14	14-42-101001072	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
20	02	2025	04	02	2025	24:00	04	02	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			**860.035.447-1**
Dirección: CL 6 NRO. 6 - 04	**Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	8577376

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			**860.035.447-1**
Dirección: CALLE 6 N 6 04	**Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	2577120

Adicional:

- Continuación -
AMPLIACION DE AVISO DE SINIESTRO.60 DIAS
CLAUSULA DE ARBITRAMENTO, SEGUN CONDICIONADO GENERAL VIGENTE.INCLUIDA

ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALESERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES. EL TOMADOR ESTA OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO. LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDAS POR LA ASEGURADORA, LA HUBIEREN RETRAIDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS, PRODUCE LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO. SIN EMBARGO, SI SE INCURRIERE EN ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES INCULPABLES AL TOMADOR O AL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERA NULO NI HABRA LUGAR A LA APLICACION DEL INCISO TERCERO DEL ARTICULO 1058 DEL CODIGO DE COMERCIO SOBRE REDUCCION PORCENTUAL DE LA PRESTACION ASEGURADA. EN ESTE CASO SE DEBERA PAGAR LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

SE ACLARA QUE SE ENCUENTRAN AMPARADAS LAS PERDIDAS SUFRIDAS ENTRE SI A TODAS Y CADA UNA DE LAS EMPRESAS ASEGURADAS Y QUE SEAN CAUSADAS POR SUS EMPLEADOS, DADO QUE FORMAN PARTE DEL MISMO GRUPO EMPRESARIAL Y QUE AFECTEN LAS COBERTURAS ESTIPULADAS EN LA POLIZA, SOLO SI EL EMPLEADO QUE OCASIONA LA PERDIDA ESTA EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES LABORALES.SE OTORGA HASTA POR EL LIMITE ASEGURADO CONTRATADO

REVOCACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA 30 DIAS.
SE ACLARA QUE DENTRO DE LA COBERTURA DE EMPLEADOS TEMPORALES SE INCLUYEN ESTUDIANTES DE PRACTICAS Y PASANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
MODIFICACIONES A FAVOR DEL BENEFICIARIO
RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO, CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 100% DE LA PRIMA ANUAL. SOLO PODRA OTORGARSE UN (1) RESTABLECIMIENTO
ESTA POLIZA NO OPERARA COMO CAPA PRIMARIA, DE OTRA POLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO.

GARANTIAS

NO APLICAN GARANTIAS NI EXCLUSIONES

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

14-42-101001072

FIRMA TOMADOR

VIVIANAGUTIERREZ