151

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| CALLE 100 | EMISION ORIGINAL | 33-03-101034703 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | CIUDAD | TENJO, CUNDINAMARCA | NIT | 860.037.592-9 |
| DIRECCION | CALLE 3 NO 6-31 | | | TELEFONO | 8646139 |
| ASEGURADO | HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | CIUDAD | TENJO, CUNDINAMARCA | NIT | 860.037.592-9 |
| DIRECCION | CALLE 3 NO 6-31 | | | TELEFONO | 8646139 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

1.VALOR ASEGURADO

SEISCIENTOS MILLONES DE M/CTE. ($600.000.000) EVENTO / VIGENCIA

2.VIGENCIA

DESDE EL 02 DE FEBRERO DE 2025 A LAS 24:00 HORAS HASTA EL 21 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 24:00 HORAS.

3.PROFESIONALES INFORMADOS

PEDIATRAS .....1
RADIOLOGA TECNICOS..... 2
ENFERMERAS..... 6
LABORATORISTA .....3
ODONTOLOGOS..... 2
AUXILIAR DE ENFERMERIA..... 17
MEDICOS..... 5

4.MODALIDAD DE COBERTURA

OCURRENCIA CUBRE LOS SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y QUE SEAN RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA O DURANTE LOS TERMINOS DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

5.OBJETO

PROTEGER A LA ENTIDAD ASEGURADA POR LAS PERDIDAS ORIGINADAS EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA QUE LE SEAN IMPUTABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, PROVENIENTES EN FORMA DIRECTA DE ALGUNO DE LOS RIESGOS CUBIERTOS A CONTINUACION. ESTE SEGURO AMPARA LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES INCLUYENDO DANO MORAL, DANO A LA SALUD, DANO A LA VIDA DE RELACION Y OTROS DANOS A BIENES O DERECHOS CONSTITUCIONALES PROTEGIDOS, LOS DANOS MATERIALES Y LUCRO CESANTE DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL QUE LE SEAN IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONA TERCEROS, CAUSADOS DIRECTAMENTE POR UN SERVICIO MEDICO, PARAMEDICO, MEDICO AUXILIAR, QUIRURGICO, PSICOLOGICO, DENTAL, DE ENFERMERIA Y/O RELACIONADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS CONTRATISTAS Y/O FIRMAS ESPECIALIZADAS, COOPERATIVAS, UNIONES TEMPORALES, ESTUDIANTES DE LA SALUD, CENTROS DE ENSENANZA DE LA SALUD, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO, TERCEROS PRESTADORES DEL SERVICIO Y DEMAS SERVICIOS LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER Y PRESTADOS DENTRO Y/O FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER POR O EN NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO.

6.AMPARO BASICO

a.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD: LA COMPANIA DE SEGUROS AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO, DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD, ANTE TAL SUPUESTO INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA 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 (PROFESIONAL, AUXILIAR), QUE ESTE VINCULADO CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES, O EN ACTIVIDADES AL SERVICIO DE LA ENTIDAD Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
ES POLIZA INCLUYE DENTRO DE SU COBERTURA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR ERRORES EN LA INTERPRETACION Y LECTURA ELECTROMAGNETICA DE DATOS EN EXAMENES Y MEDIOS DE DIAGNOSTICO.
CUBRE LOS DANOS CAUSADOS A PACIENTES MIENTRAS ESTEN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, QUE SE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCION DE UN ACTO MEDICO.
b.GASTOS DE DEFENSA: LA COMPANIA DE SEGUROS INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, SUBLIMITADO AL 15% POR EVENTO Y 30% POR VIGENCIA DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO EN PROCESOS JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, EN EL QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.
LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O SU PERIODO DE RETROACTIVIDAD Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.
LA ASEGURADORA RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, SIN PREVIA AUTORIZACION DE LA COMPANIA DE SEGUROS, SIEMPRE Y CUANDO SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.
EN LOS PROCESOS PENALES Y EL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA UN HECHO DOLOSO PARA LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS.

150

SEGUROS DEL ESTADO

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. | CALLE 100 | EMISION ORIGINAL | 33-03-101034703 | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | | NIT | 860.037.592-9 |
| DIRECCION | CALLE 3 NO 6-31 | CIUDAD TENJO, CUNDINAMARCA | TELEFONO | 8646139 |
| ASEGURADO | HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | | NIT | 860.037.592-9 |
| DIRECCION | CALLE 3 NO 6-31 | CIUDAD TENJO, CUNDINAMARCA | TELEFONO | 8646139 |
| 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) |
|---|---|---|---|---|
| 12 / 02 / 2025 | 02 / 02 / 2025 | 21 / 11 / 2025 | 02 / 02 / 2025 | 21 / 11 / 2025 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| SEGUROS EL ROBLE LTDA | 164145 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA | % PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 600,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES CYH | $ 600,000,000.00 | | $ 180,000,000.00 |
| | GASTOS DE DEFENSA CYH | | | |

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 90,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******600,000,000.00 | PRIMA: | $ *********5,486,045.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ *********1,042,348.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ *********6,528,393.00 |

TERMINO 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: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11006619391923(3900)000006528393(96)20260202

REFERENCIA PAGO: 1100661939192-3

33-03-101034703

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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. | CALLE 100 | 33 | 33-42-101001687 | 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 | 02 | 2025 | 02 | 02 | 2025 | 24:00 | 21 | 11 | 2025 | 24:00 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razon Social | HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | Identificación | 860.037.592-9 |
|---|---|---|---|
| Dirección: | CALLE 3 NO 6-31 | Ciudad: TENJO, CUNDINAMARCA | Teléfono: 8646139 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Asegurado / Beneficiario: | HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | Identificación | 860.037.592-9 |
|---|---|---|---|
| Dirección: | CALLE 3 NO 6-31 | Ciudad: TENJO, CUNDINAMARCA | Teléfono: 8646139 |

Adicional:

- Continuación -

2.VIGENCIA

DESDE EL 02 DE FEBRERO DE 2025 A LAS 24:00 HORAS HASTA EL 21 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 24:00 HORAS.

3.CARGOS ASEGURADOS

a.GERENCIA
b.SUBGERENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA.
c.SUBGERENCIA CIENTIFICA.
d.TESORERIA.
e.ALMACEN
f.PRESUPUESTO
g.CONTABILIDAD
h.CARTERA
i.FACTURADORES

4.OBJETO

ESTA POLIZA INDEMNIZA A LA ENTIDAD ASEGURADA POR LAS PERDIDAS CAUSADAS POR SUS EMPLEADOS EN EL EJERCICIO DE LOS CARGOS AMPARADOS, POR ACCIONES U OMISIONES QUE SE TIPIFIQUEN COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA, FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL O EN ALCANCES POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIA, LAS CUALES HAYAN OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION O RECONSTRUCCION DE CUENTAS QUE SE DEBE LLEVAR A CABO EN LOS CASOS DE ABANDONO DEL CARGO O FALLECIMIENTO DEL EMPLEADO.

5.AMPARO BASICO

LA ASEGURADORA RECONOCERA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LAS PERDIDAS PATRIMONIALES DE DINERO, VALORES Y BIENES PUBLICOS, CAUSADOS POR CUALQUIERA DE SUS EMPLEADOS, EN EL EJERCICIO DE SUS CARGOS, YA SEA ACTUANDO POR SI MISMOS O EN COMPLICIDAD POR OTRAS PERSONAS SEAN EMPLEADOS O NO DEL ASEGURADO, O POR QUIEN A SU VEZ BAJO SU RESPONSABILIDAD LO REEMPLACEN POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SE TIPIFIQUEN COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES POR EJEMPLO ALCANCES FISCALES QUE POR INCUMPLIMIENTO DE SUS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS.

EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION Y RECONSTRUCCION DE CUENTAS.

6.COBERTURAS ADICIONALES

a.PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS. LA ASEGURADORA RECONOCERA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE A PERDIDAS EN LAS CUALES NO SE PUEDA IDENTIFICAR LA PERSONA(S) QUE LA CAUSARON, SIEMPRE Y CUANDO LAS PRUEBAS PRESENTADAS PERMITAN TENER LA CERTEZA DE QUE LAS PERDIDAS FUERON CAUSADAS UNICAMENTE POR UNO O VARIOS EMPLEADOS DE LA ENTIDAD ASEGURADA, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE). QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA RESPECTO DE TALES PERDIDAS NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL MONTO ESTIPULADO EN LA POLIZA.
b.PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS. SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL LIMITE DECLARADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, LAS PERDIDAS QUE EL ASEGURADO SUFRA CUANDO A LOS DINEROS DEPOSITADOS EN SU CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS QUE MANTENGA CON UNA ENTIDAD BANCARIA O FINANCIERA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LA LEY (INCLUYENDO SUS RESPECTIVOS INTERESES), SIEMPRE Y CUANDO DICHA PERDIDA SE DEBA A FALSIFICACION O ADULTERACION DE UN CHEQUE, LETRA DE CAMBIO, PAGARE, CARTA DE CREDITO O CUALQUIER OTRA CLASE DE TITULO VALOR QUE EL BANCO O LA ENTIDAD FINANCIERA PRESUMA QUE HA SIDO FIRMADO, ENDOSADO O AVALADO POR EL ASEGURADO O POR UNA PERSONA QUE OBRE EN SU NOMBRE O REPRESENTACION; SE HACE EXTENSIVO A LOS SIGUIENTES EVENTOS:
CUALQUIER CHEQUE O GIRO HECHO EN NOMBRE DEL ASEGURADO, SEA PAGADERO A UNA PERSONA FICTICIA, Y ENDOSADO O PAGADO A NOMBRE DE DICHA

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.

33-42-101001687

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

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

## PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

| Cod. Sucursal | No.Póliza | Anexo |
|---|---|---|
| 33 | 33-42-101001687 | 0 |

| Ciudad de Expedición | Sucursal | Tipo de Movimiento |
|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CALLE 100 | EMISION ORIGINAL |

| Fecha Expedición Día | Mes | Año | Vigencia Desde Día | Mes | Año | A las Horas | Vigencia Hasta Día | Mes | Año | A las Horas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 02 | 2025 | 02 | 02 | 2025 | 24:00 | 21 | 11 | 2025 | 24:00 |

### DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social: HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | Identificación: 860.037.592-9
Dirección: CALLE 3 NO 6-31 | Ciudad: TENJO, CUNDINAMARCA | Teléfono: 8646139

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario: HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | Identificación: 860.037.592-9
Dirección: CALLE 3 NO 6-31 | Ciudad: TENJO, CUNDINAMARCA | Teléfono: 8646139
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 | 02/02/2025 | 21/11/2025 | 30,000,000.00 |

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

### ACLARACIONES

1.MANEJO GLOBAL
1.VALOR ASEGURADO
TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE. ($30.000.000) EVENTO / VIGENCIA

| Valor Prima Neta | Gastos Expedición | IVA | Total a Pagar | Valor Asegurado Total | Fecha Limite de Pago |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *****960,000.00 | $ ******10,000.00 | $ *****184,300.00 | $ *********1,154,300.00 | $ ********30,000,000.00 | 13 / 02 / 2025 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. |
|---|---|---|
| SEGUROS EL ROBLE LTDA | 164145 | 100.00 |

**DISTRIBUCION COASEGURO**

| NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

**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 45A No. 102 A - 34 - Telefono: 6108441 - BOGOTA, D.C.***

REFERENCIA PAGO: 1100661939604-6

(415)7709998021167(8020)11006619396046(3900)000001154300(96)20260202

33-42-101001687
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR