POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-44-101252878	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
16	01	2026	08	01	2026	00:00	31	12	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
CONSORCIO HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE COLOMBIANO	NIT: 900.161.467-0

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 11 27 27 HOSP SAN RAFA	TUNJA, BOYACA	7443311

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NIT: 891.800.395-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE 4 A # 9 - 101 BARRIO RICAURTE	MONIQUIRA, BOYACA	3102089294

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN 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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN EL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 2026-146 CUYO OBJETO ES: EL CONTRATISTA SE OBLIGA CON EL HOSPITAL A LA PRESTACION DE SUMINISTRO DE HEMOCOMPONENTES NECESARIOS COMO OPCION DE BANCO DE SANGRE PARA LA ATENCION DE PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/01/2026	30/04/2027	$18,000,000.00	$18,000,000.00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	08/01/2026	31/12/2027	$36,000,000.00	$36,000,000.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ACTA ACLARATORIA AL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 2026-146 CELEBRADO ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIR E.S.E. Y CONSORCIO HEMOCENTRO DEL CENTRO-ORIENTE COLOMBIANO SE PRORROGA LA VIGENCIA HASTA EL 31 DE DIEMBRE de 2026.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****108,493.00	$ *******8,000.00	$ ******22,133.00	$ **********138,626.00	$ *******54,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ZIPO DR GRUPO ASEGURADOR LTDA	215255	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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 6013908192 - BOGOTA, D.C.

14-44-101252878

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO S/PERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-44-101252878	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
16	01	2026	08	01	2026	00:00	31	12	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CONSORCIO HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE COLOMBIANO		NIT: 900.161.467-0
DIRECCION: KR 11 27 27 HOSP SAN RAFA	**CIUDAD:** TUNJA, BOYACA	**TELEFONO:**	7443311

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		NIT: 891.800.395-1
DIRECCIÓN: CALLE 4 A # 9 - 101 BARRIO RICAURTE	**CIUDAD:** MONIQUIRA, BOYACA	**TELÉFONO:**	3102089294

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

PARTICIPANTES CONSORCIO - UNION TEMPORAL :

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARTICIPACION
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	891855438-4	33.33
HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE	891855039-9	33.34
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	891800231-0	33.33

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

14-44-101252878

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

ANGIEROMAN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101252878, anexo 1, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 16 días del mes de ENERO de 2026

14-44-101252878

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas