| Municipio de La Unión | ALCALDIA MUNICIPIO DE LA UNIÓN | CODIGO: F-GC-001 |
|---|---|---|
| | PROCESO: GESTION DE CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS. | VERSIÓN: 004 |
| | Lista de Chequeo Contratación Directa | FECHA ELABORACIÓN: 09/01/2025 |

***Se requiere el cumplimiento de cada uno de los ítems establecidos en esta lista de chequeo para la contratación Directa, los cuales deberán ser allegados en forma física a la oficina de contratación con la respectiva firma de la persona responsable del proceso de contratación o su delegado por parte de La Administración Municipal.***

| | |
|---|---|
| ***NOMBRE DEL CONTRATISTA:*** | ESE Hospital San Roque |
| ***NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:*** | 890.980 866-4 |

| ITEM | REQUISITOS | CUMPLE | INDICACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | *Compromiso anticorrupción* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 2 | Tratamiento de datos personales | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 3 | Certificado de inhabilidades e incompatibilidades y/o consultas | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 4 | Certificado de no sanciones o incumplimiento | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 5 | Declaración de bienes y rentas y conflicto de interés de la Ley 2013. | ✓ | https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013.<br><br>NOTA: si es persona jurídica debe de aportar la declaración tanto de persona jurídica como el representante Legal. |
| 6 | *Formato único de la Hoja de vida de la Función Pública. (Registrada en SIGEP).*<br>*La cual debe de ser diligenciada en plataforma SIGEP.* | ✓ | (https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep/sigep),<br>Nota: con fecha de expedición no mayor a 30 días calendarios, debidamente revisada y firmada por la encargada de Talento Humano de la Entidad. |
| 7 | *Certificados de estudio y/o de Experiencia Laboral.idoneidad persona natural: acta de grado, y/o tarjeta profesional cuando se requiera. deben de coincidir con lo escrito en la hoja de vida* | ✓ | Idoneidad persona natural: acta de grado, y/o tarjeta profesional cuando se requiera. deben de coincidir con lo escrito en la hoja de vida. |
| 8 | *Constancia de cumplimiento de aportes parafiscales y Seguridad Social.* | ✓ | Certificados de afiliación en caso de personas naturales. (Salud- Pensión y ARL) |

| Municipio de La Unión | ALCALDIA MUNICIPIO DE LA UNIÓN | CODIGO: F-GC-001 |
|---|---|---|
| | PROCESO: GESTION DE CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS. | VERSIÓN: 004 |
| | Lista de Chequeo Contratación Directa | FECHA ELABORACIÓN: 09/01/2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | *Idoneidad persona juridica: Certificado de Cámara de Comercio.* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días (O RUP en caso de que lo tenga) contratos realizados con actas de terminación donde se acredite la experiencia. |
| 10 | *Autorización para la suscripción del contrato.* | ✓ | (SI APLICA) (actos administrativos donde consten los actos de posesión/delegación para los convenio, estatutos o autorizaciones expresas de las juntas de las empresas, cuando en certificado de existencia y representación no se avizore la facultad del RL) |
| 11 | *Certificado de Antecedentes Fiscales (Contraloria)* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 12 | *Certificado de Antecedentes Disciplinarios (Procuraduria)* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 13 | *Certificado de Antecedentes judiciales. (Policía Nacional)* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 14 | *Registro Nacional de Medidas Correctivas - RNMC* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 15 | *Certificado de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018. (https://inhabilidades.policia.gov.co/).* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 16 | *Registro de deudores alimentarios morosos. (REDAM) VIGENTE https://registro.redam.gov.co/signin-home* | ✓ | El certificado debe de estar valido al momento de contratar. |
| 17 | *RUT (Registro Único Tributario)* | ✓ | Con fecha de genaración del documento no mayor a seis meses. |
| 18 | *Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del contratista o Representante legal.* | ✓ | Legible al 150%. |
| 19 | *Fotocopia Libreta Militar (SI APLICA)* | ✓ | Legible. |
| 20 | *Antecedentes de profesión (si aplica)* | ✓ | Vigente. |
| 21 | *Paz y salvo Municipal o constancia de encontrarse al día en el pago de los Impuestos Municipales.* | ✓ | Vigente no mayor a 30 días. |
| 22 | *Certificado de la Cuenta Bancaria* | ✓ | Con fecha de genaración del documento no mayor a un año. |

| Municipio de La Unión | ALCALDIA MUNICIPIO DE LA UNIÓN | CODIGO: F-GC-001 |
|---|---|---|
| | PROCESO: GESTION DE CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS. | VERSIÓN: 004 |
| | Lista de Chequeo Contratación Directa | FECHA ELABORACIÓN: 09/01/2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23 | *Exámenes médicos pre ocupacionales: "Decreto 723 de 2013 Artículo 18" Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, siempre y cuando se haya valorado el factor de riesgo más alto al cual estará expuesto en todos los contratos. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen.* | X | **NOTA:** Este documento deberá llevar el visto bueno de la profesional universitaria de Talento Humano de la Administración Municipal. |
| *Verificado por:* | | | Olga Yaneth Alvarez |
| *Cargo:* | | | Tecnico Administrativo |
| Fecha de entrega Oficina de Contratación: | | | 26-01-2026 |

HOSPITAL SAN ROQUE

La Unión Antioquia, 15 de Enero de 2025

Doctor:
**DIEGO ESTEBAN PATIÑO GARCÍA**
Secretario de Gobierno
Municipio La Unión

Asunto: Propuesta Canon Arrendamiento

| |
|---|
| ARRRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 12 N 12 – 40 PARA EL USO Y DESTINACIÓN DE DIFERENTES DEPENDENCIAS, ASÍ COMO PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL Y EL APOYO A ENTIDADES, ORGANIZACIONES Y GRUPOS ORGANIZADOS DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN ANTIOQUIA. |
| VALOR TOTAL: $50.400.000 |
| TIEMPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO: El plazo de ejecución del contrato es de 11 meses y 12 días, contados a partir del acta de inicio. |

Cordialmente,

**HUMBERTO BERNAL TOBÓN**
Gerente
ESE Hospital San Roque – La Unión

HOSPITAL SAN ROQUE

La Unión, 19 de enero de 2026

Señores:
**MUNICIPIO DE LA UNIÓN ANTIOQUIA.**

**Referencia:** Compromiso Anticorrupción

Respetados señores:

Yo, **Humberto Bernal Tobón,** identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de contratista manifiesto en mi nombre que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de Colombia Compra Eficiente para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. **No estoy en causal de inhabilidad** alguna para celebrar el contrato de prestación de servicios con el Municipio de la Unión.

3. Me comprometo a **NO OFRECER** y **NO DAR** dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores del Municipio de la Unión, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.

4. Me comprometo a revelar y entregar la información que sobre el contrato de prestación de servicios, nos soliciten los organismos de control de la Republica de Colombia.

5. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores. (Si aplica)

6. Las comunicaciones que se formulen por parte de la presente firma proponente se realizaran de manera exclusiva a través de los medios y procedimientos previstos en los Términos de Condiciones. (si aplica)

7. No incurrir en falsedad o adulteración de los documentos exigidos para cumplir con los requisitos del contrato de prestación de servicios.

8. Igualmente se acepta que durante la verificación de los ofrecimientos y el registro a través del aplicativo web prime el criterio de respetar el espiritu de la Ley Aplicable y los aspectos de fondo por encima de la forma, buscando siempre favorecer la libre competencia.

9. Actuar con lealtad y respeto hacia los demás interesados y/o proveedores, así como frente a la Entidad. Por lo tanto, abstenerse de utilizar herramientas para dilatar las actuaciones.

10. Así mismo, interesado y/o proveedor (en adelante cualquiera, los "Obligados"), se comprometen a:

    **10.1** Suscribir entre los empleados, proveedores y subcontratistas un pacto ético de conducta que garantice la probidad y transparencia de las actuaciones de todos los involucrados en la preparación de la Propuesta y en la ejecución del contrato de prestación de servicios

    **10.2** No ofrecer trabajo como parte del Obligado que resulte vinculado al Instrumento de Agregación de Demanda a ningún funcionario público o contratista vinculados, o que hayan trabajado, en la Entidad ni a sus familiares en primer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil a partir de la adjudicación y hasta el año siguiente a la finalización de la ejecución del contrato de prestación de servicios.

11. Se reitera que conductas como las descritas serán judicializadas y constituyen faltas penales y/o disciplinarias muy graves y que afectan a la ciudadania y la credibilidad y confianza en la contratación un instrumento sagrado de gestión de recursos.

**Firma**

| | |
|---|---|
| Nombre: | Humberto Bernal Tobón |
| Número de documento de idoneidad | 15.355.283 |
| Dirección física y Ciudad | Calle 2 sur # 8 - 35 |
| Correo Principal | gerencia@hospitalsanroquelaunion.gov.co |
| Teléfono: | 5560619 |

HOSPITAL SAN ROQUE

## Autorización para el tratamiento de datos personales
## Contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión

Yo, **HUMBERTO BERNAL TOBÓN** identificado con cédula de ciudadania No. **15.355.283** expedida en **La Unión - Antioquia,** por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequivocamente a La Alcaldia del municipio de La Unión - Antioquia, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el articulo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el articulo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a La Alcaldia del municipio de La Unión - Antioquia a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: _____
Nombre: Humberto Bernal Tobón
Identificación: 15.355.283
Fecha: 19 de enero de 2026

HOSPITAL SAN ROQUE

La Unión Antioquia, 20 de enero de 2026.

## CERTIFICADO DE NO SANCIONES O INCUMPLIMIENTO

Señores
Municipio de La Unión Antioquia

Asunto: Certificación de no sanciones o incumplimiento.

Yo **HUMBERTO BERNAL TOBÓN** , identificado con cedula de ciudadanía 15.355.283, expedida en La Unión - Antioquia, declaro bajo gravedad de juramento, que no he sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos dos (2) años.

Cordialmente,

Humberto Bernal Tobón
C.C 15.355.283

Dirección: calle 2 Sur # 8 - 35
Municipio: La Unión Ant.
Correo: gerencia@hospitalsanroquelaunion.gov.co
Teléfono: 3106303740

HOSPITAL SAN ROQUE

La Unión Antioquia, 20 de enero de 2026.

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Señores:
Municipio de La Unión
Departamento de Antioquia.

Asunto: Certificado de Inhabilidad e Incompatibilidades

El suscrito declara que:
Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.
Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Humberto Bernal Tobón
C.C 15.355.283

Dirección: calle 2 Sur # 8 - 35
Municipio: La Unión Ant.
Correo: gerencia@hospitalsanroquelaunion.gov.co
Teléfono: 3106303740

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-01-19 11:54 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| HUMBERTO | ARNULFO | BERNAL | TOBÓN |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 15355283 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA UNIÓN |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA CEJA |

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA UNIÓN |
| Dirección | ['calle 12 N°11-54"] | | | | |
| Cargo o función que cumple | DIRECTOR DE HOSPITAL | | | | |

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $11.033.350,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $12.000.000,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $23.033.350,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $3.500.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| INMUEBLE | COLOMBIA | ANTIOQUIA | LA CEJA | $150.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PRESTAMOS DE BANCOS | $192.000.000,00 |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Si [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Si [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

| |
|---|
| |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Si [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026 01 22 11:40 |
|---|---|---|---|

Razón social

ESE HOSPITAL SAN ROQUE - ESE SAN ROQUE

NIT

| 890980866 | DV | 4 |
|---|---|---|

Lugar de ubicación

| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA UNIÓN |
|---|---|---|---|---|---|

Clase de entidad

Otra

Si es otra, cual? EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Actúa en carácter de Representante Legal Sí [ ] No [X]

Servicios de la entidad:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Nombres y apellidos completos del representante legal

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| HUMBERTO | ARNULFO | BERNAL | TOBON |

Documento de identificación del representante legal

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 15355283 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento del representante legal

| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA UNIÓN |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio del representante legal

| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA CEJA |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA |

Lugar de sede

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | LA UNIÓN |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["calle 12 N°11-54"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE ESE HOSPITAL SAN ROQUE.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo ESE HOSPITAL SAN ROQUE en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales | $5.640.936.221,00 |
| Ingresos no operacionales | $153.932.962,00 |
| Otros | $0,00 |
| TOTAL | $5.794.869.183,00 |

Las cuentas bancarias de ESE HOSPITAL SAN ROQUE en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA CORRIENTE | COLOMBIA | $306.931.537,00 |
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $213.900.291,00 |

Los bienes patrimoniales de ESE HOSPITAL SAN ROQUE son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| PATRIMONIO | COLOMBIA | ANTIOQUIA | LA UNIÓN | $23.381.023.902,00 |

Las acreencias y obligaciones vigentes de ESE HOSPITAL SAN ROQUE a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| CUENTAS POR PAGAR | $2.199.528.067,00 |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de ESE HOSPITAL SAN ROQUE, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

### 2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual ESE HOSPITAL SAN ROQUE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Si [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual ESE HOSPITAL SAN ROQUE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

| |
|---|
| |

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual ESE HOSPITAL SAN ROQUE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Si [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual ESE HOSPITAL SAN ROQUE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

| |
|---|
| |

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual ESE HOSPITAL SAN ROQUE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Si [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual ESE HOSPITAL SAN ROQUE celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

| |
|---|
| |

### 2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿ESE HOSPITAL SAN ROQUE realizó donaciones?

Si [ ] No [X]

Las donaciones realizadas por ESE HOSPITAL SAN ROQUE que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

ESE HOSPITAL SAN ROQUE, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) de interés:

Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés son:

| |
|---|
| |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| BERNAL | TOBON | HUMBERTO ARNULFO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 15355283 | F ( ) M (X) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 28 MES 08 AÑO 1979 | CALLE 9 A 14 A 04 Nuevo Horizonte | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | ANTIOQUIA |
| DEPTO | ANTIOQUIA | MUNICIPIO | LA CEJA | | |
| MUNICIPIO | LA UNIÓN | TELÉFONO | 3105938258 | EMAIL | humberto.bernaltobon@hotmail |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1998 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSTGRADO | 2 | | X | ESPECIALIZACION EN PROSPECTIVA | | | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN ECONOMIA Y FINANZAS DE LA SALUD | 06 | 2016 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD | 11 | 2014 | |
| PREGRADO | 13 | X | | MEDICINA | 11 | 2005 | 15355283 |

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL REGIONAL CESAR URIBE PIEDRAHITA -CAUCASIA | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA | MUNICIPIO: CAUCASIA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 3106303740 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 13 | Mes: 10 | Año: 2021 | | | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: GERENTE EN SALUD | DEPENDENCIA: ALTA GERENCIA | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 20 1A 100 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MERCED - CIUDAD BOLIVAR | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA | MUNICIPIO: CIUDAD BOLÍVAR | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 8411182 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 18 | Mes: 07 | Año: 2016 | | | | Día: 13 | Mes: 10 | Año: 2021 | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: SUBGERENTE | DEPENDENCIA: SUBGERENCIA MEDICA | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 49 36 298 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA | MUNICIPIO: LA UNIÓN | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 3106303740 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 15 | Mes: 05 | Año: 2010 | | | | Día: 31 | Mes: 03 | Año: 2016 | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: GERENCIA SALUD | DEPENDENCIA: AREA DE GERENCIA | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 10 72 0 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE LA CEJA | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA | MUNICIPIO: LA CEJA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 3106303740 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 09 | Mes: 01 | Año: 2009 | | | | Día: 10 | Mes: 01 | Año: 2011 | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: 'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 20 10 0 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | MUNICIPIO GUATAPE | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 8610800 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 04 | Mes | 04 | Año | 2006 | Día | 08 | Mes | 03 | Año | 2009 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL | DEPENDENCIA | | | | | | DIRECCION guatape | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: | | Mes: | | Año: | | Día | | Mes: | | Año | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | | | | DIRECCION | | | | | |

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 18 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 18 | 5 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI X NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS no LEGALES, QUE POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o DE LA LEY 190/95)

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* *Medellin, 10 de Marzo de 2024*

*FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA UBT*

## 7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Libertad y Orden

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**PERSONA JURÍDICA**

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

## I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE

| | |
|---|---|
| SIGLA: ESE HOSPITAL SAN ROQUE | NIT No. 890 980 866-4 |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE |

ORDEN: NAL [ ] DPTL [ ] DST [ ] X [ ] OTRO [ ] ¿CUAL? _____

TIPO: 04 (VER AL RESPALDO)

CLASE [ ] (VER AL RESPALDO)

| | | | |
|---|---|---|---|
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | |
| MUNICIPIO LA UNIÓN | DIRECCIÓN CALLE 12 N. 11-54 | | |
| TELÉFONOS 5560619 | FAX | | APARTADO AÉREO |

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 SERVICIO DE URGENCIAS | 2 SERVICIO DE FARMACIA |
| 3 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | 4 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES |
| 5 SERVICIO DE INTERNACIÓN | 6 SERVICIO DE VACUNACIÓN |

## III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO

| ENTIDAD CONTRATANTE | PUB | PRIV | TELÉFONO | FECHA TERMINACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE LA UNION | X | | 5560610 | 31/12/2024 | $ 258,663,819.00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO BERNAL | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TORON | NOMBRES HUMBERTO ARNULFO | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO 15.355.283 | ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN $ |

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995)

OBSERVACIONES: _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995)

| | |
|---|---|
| FIRMA | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 19/01/2065 |

## V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995)

| | |
|---|---|
| NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA |

**FORMATO ÚNICO**
**HOJA DE VIDA**
**PERSONA JURÍDICA**
**(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)**
**RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999**
**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO**

**COBERTURA:** Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

**INSTRUCCIONES GENERALES:**
Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

**I. Identificación:**
En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique.

**ORDEN:** Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

**TIPO:** Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

| CÓDIGO | TIPO |
|---|---|
| O1 | MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO |
| O2 | SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL |
| O3 | ESTABLECIMIENTO PÚBLICO |
| O4 | ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
| O5 | EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO |
| O6 | SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA |
| O8 | OTRO |

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

| CÓDIGO | CLASE |
|---|---|
| 11 | SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS |
| 12 | SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO |
| 13 | SOCIEDADES CIVILES |
| 14 | ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES |
| 15 | SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES) |
| 16 | OTRA |

**II. Servicios:**
Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

**III. Experiencia y Situación Actual:**
En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

**IV. Representante Legal o Apoderado:**
Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "si" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

DIAN

# Declaración retenciones en la fuente

PRIVADA

**350**

1. Año 2025 | 3. Periodo 11

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 3510661335607

(415)7707212489984(8020)000351066133560 7

**Datos del declarante**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 890980866 | 6. DV: 4 | 7. Primer apellido: | 8. Segundo apellido: - | 9. Primer nombre: | 10. Otros nombres:

11. Razón social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE

12. Cód. Dirección seccional: 1 1

Si es una corrección indique: 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Autorretenedores Personas Jurídicas exonerados de aportes (Art. 114-1 E.T.). Actividad económica principal | 28. Tarifa

| Concepto | A personas jurídicas: Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta | | A personas jurídicas: Retenciones a título de renta | | A personas naturales: Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta | | A personas naturales: Retenciones a título de renta | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rentas de trabajo | | | | | 77 | 41,010,000 | 93 | 1,270,000 |
| Rentas de pensiones | | | | | 78 | 0 | 94 | 0 |
| Honorarios | 29 | 0 | 42 | 0 | 79 | 12,000,000 | 95 | 1,200,000 |
| Comisiones | 30 | 0 | 43 | 0 | 80 | 0 | 96 | 0 |
| Servicios | 31 | 33,333,000 | 44 | 821,000 | 81 | 1,482,000 | 97 | 59,000 |
| Rendimientos financieros e intereses | 32 | 0 | 45 | 0 | 82 | 0 | 98 | 0 |
| Arrendamientos (Muebles e inmuebles) | 33 | 0 | 46 | 0 | 83 | 0 | 99 | 0 |
| Regalías y explotación de la propiedad intelectual | 34 | 0 | 47 | 0 | 84 | 0 | 100 | 0 |
| Dividendos y participaciones | 35 | 0 | 48 | 0 | 85 | 0 | 101 | 0 |
| Compras | 36 | 47,929,000 | 49 | 1,163,000 | 86 | 15,229,000 | 102 | 381,000 |
| Transacciones con tarjetas débito y crédito | 37 | 0 | 50 | 0 | 87 | 0 | 103 | 0 |
| Contratos de construcción | 38 | 11,334,000 | 51 | 227,000 | 88 | 0 | 104 | 0 |
| Enajenación de activos fijos de pers. naturales ante notarios y autoridades de tránsito | | | | | 89 | 0 | 105 | 0 |
| Loterías, rifas, apuestas y similares | 39 | 0 | 52 | 0 | 90 | 0 | 106 | 0 |
| Hidrocarburos, carbón y demás productos mineros | 40 | 0 | 53 | 0 | 91 | 0 | 107 | 0 |
| Otros pagos sujetos a retención | 41 | 0 | 54 | 0 | 92 | 0 | 108 | 0 |
| Pagos al exterior: Pagos o abonos en cuenta al exterior a países sin convenio | 55 | 0 | 57 | 0 | 109 | 0 | 111 | 0 |
| Pagos al exterior: Pagos o abonos en cuenta al exterior a países con convenio vigente | 56 | 0 | 58 | 0 | 110 | 0 | 112 | 0 |
| Autorretenciones: Contribuyentes exonerados de aportes (art. 114-1 E.T.) | 59 | 0 | 68 | 0 | | | | |
| Autorretenciones: Ventas | 60 | 0 | 69 | 0 | 113 | 0 | 121 | 0 |
| Autorretenciones: Honorarios | 61 | 0 | 70 | 0 | 114 | 0 | 122 | 0 |
| Autorretenciones: Comisiones | 62 | 0 | 71 | 0 | 115 | 0 | 123 | 0 |
| Autorretenciones: Servicios | 63 | 0 | 72 | 0 | 116 | 0 | 124 | 0 |
| Autorretenciones: Rendimientos financieros | 64 | 0 | 73 | 0 | 117 | 0 | 125 | 0 |
| Autorretenciones: Pagos men. provisionales de carbón (hidrocarburos y demás prod. mineros) | 65 | 0 | 74 | 0 | 118 | 0 | 126 | 0 |
| Autorretenciones: Exportación de hidrocarburos, carbón y demás productos mineros | 66 | 0 | 75 | 0 | 119 | 0 | 127 | 0 |
| Autorretenciones: Otros conceptos | 67 | 0 | 76 | 0 | 120 | 0 | 128 | 0 |
| Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas | | | | | | | 129 | 0 |
| **Total retenciones renta y complementario** | | | | | | | 130 | 5,121,000 |

**Retenciones practicadas por otros impuestos**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A título de IVA | A responsables del impuesto sobre las ventas | 131 | 878,000 |
| | Practicadas por servicios a no residentes o no domiciliados | 132 | 0 |
| | Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas | 133 | 0 |
| | **Total retenciones IVA** | 134 | 878,000 |
| Retenciones impuesto timbre nacional | | 135 | 0 |
| Total | **Total retenciones** | 136 | 5,999,000 |
| | Sanciones | 137 | 0 |
| | **Total retenciones mas sanciones** | 138 | 5,999,000 |

139. No. Identificación signatario | 140. DV

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal

Firma Contador o Revisor Fiscal | 984. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espa... de l... ...ello

DIAN

2025-12-16 / 02:58:08 PM

Fecha Acuse de Recibo

Firmado

2 0 2 ... 0 8

**980. Pago total $** 0

Cód. Comprobante el número interno de la DIAN Autorizado

91900411585953

2025220403073 6

Municipio de La Unión
206-C1-01 05-20240045

**ACTA DE POSESIÓN N° 0045**

**ACTA DE POSESIÓN DEL SEÑOR HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON COMO GERENTE EMPRESA SOCAIL DEL SOCAIL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN- ANTIOQUIA**

Al primer (1) de abril de 2024 en el Municipio de La Unión Antioquia, en el Despacho de la señora Alcaldesa, compareció personalmente el señor **HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON**, identificado con cedula de ciudadanía número 15.355.283, con el fin de tomar posesión en el cargo de **GERENTE EMPRESA SOCAIL DEL SOCAIL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN**, código 085, Grado 01 del Nivel Directivo, con una asignación básica de **ONCE MILLONES TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTO CINCUENTA PESOS M/L ($11.033.350)** Para el efecto fue juramentada legalmente por la suscrita Alcaldesa Municipal, de conformidad con los términos constitucionales y legales por cuya gravedad de juramento, prometio cumplir bien y fielmente a su leal saber y entender con los deberes del cargo asignados.

Una vez leído y aprobado el presente surge efectos fiscales.

En consecuencia, se firma como aparece,

**CARMEN JUDITH VALENCIA MORENO**
**Alcaldesa**

**HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON**
CC 15 355 283

Elaboró: Maria Arenas Quirama - Profesional Universitaria Gestión Humana y SST

**No.600-06-06.04-20260027**

**La Unión, 17 de enero del 2026**

**LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LA ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN ANTIOQUIA CON NIT 890981995-1**

**CERTIFICA:**

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE** con NIT 890980866- 4 del Municipio de La Unión Antioquia, es de origen público, perteneciente al subsector oficial del sector salud. Obtuvo su personeria juridica por medio de la Resolución No. 129 del 27 de noviembre de 1962, emanada en la Gobernación de Antioquia.

Que mediante acuerdo No. 13 del 12 de Junio de 1994, el Honorable Concejo Municipal de La Unión, reestructuró la entidad, transformándola en una Empresa Social del Estado descentralizadas de orden municipal, dotada de personeria juridica, patrimonio propio y autonomia administrativa, sometida al régimen juridico previsto en el Capitulo III, Titulo II, Libro II de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993. Que la representación legal la tienen el gerente, cargo que en la actualidad ocupa el

Doctor **HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBÓN**, identificado con cédula de ciudadania No. 15.355.283 de La Unión Antioquia, nombrado según Decreto Municipal No 20240040 del 01 de Abril del año 2024 y posesionado según Acta de posesión No. 0045 del 01 de Abril del año 2024 en calidad de Gerente en propiedad, para el periodo institucional

Dada en La Unión Antioquia, a los (17) días del mes de enero del 2026.

**DANIELA ARBOLEDA MORALES**

**Secretaria de Salud y Proteccion Social**

Elaboró: DANIELA ARBOLEDA MORALES, Secretaria de Salud y Proteccion Social
Proyectó: DANIELA ARBOLEDA MORALES, DANIELA

blicada en la Gaceta Departamental del siete (7) de diciembre de ese mismo año, todo lo cual acredita con el Certificado expedido por la Dirección Jurídica de la Gobernación de Antioquia, con fecha diecinueve (19) de mayo de mil novecientos setenta y seis ( 1.976), que entrega para que quede protocolizado con la presente escritura.= = = = = =(B).- Que obrando en su carácter anotado acepta, en todas sus partes, para el HOSPITAL SAN ROQUE, del Municipio de La Unión ( Antioquia) la donación que por la presente se le hace y dá por recibido a entera satisfacción,para el nombrado Hospital el inmueble que por la presente y a título gratuito se le transfiere, por sus linderos y demás especificaciones expresados en la cláusula tercera del presente instrumento.= = = = = =Que el Hospital San Roque , de La Unión ( Antioquia) tiene el NIT número 90.980.866.= = = = =Se agrega a esta escritura certificado de paz y salvo de Hacienda Nacional del Hospital donatario, expedido en La Unión, de la Serie X D, número 211.615, válido hasta diciembre 31/76.= = = =Se agrega también una constancia expedida por la Recaudación de Impuestos Nacionales de esta población en el sentido de que esta donación no causa impuesto sucesoral, de conformidad con el numeral 2º, literal b) del Artículo 4º del Decreto 2143 de 1.94.= = Advertí lo relativo al registro oportuno de la copia de este instrumento.= = =Leída esta escritura a los otorgantes, le dieron su aprobación por hallarla a su entera satisfacción y para constancia la firman por ante el infrascrito Notario.= = = = = = = Derechos notariales, ciento dieciseis pesos ( $ 116.oo).= = = = Esta escritura quedó extendida en las hojas GG 09469260 y GG 094 69263.= = = = = = =

GG 09469262

libre de cualesquiera otra clase de limitaciones y gravámenes.= = = = =S E X T O.- Que las edificaciones de que se hizo mérito al principio , cubren las siguientes areas: el Hospital, cuatrocientos treinta y cinco metros cuadrados con veinte centésimas de metro cuadrado (435, 20 Mts.2) ; el Centro de Salud, doscientos cuarenta y cuatro metros cuadrados con ochenta centésimas de metro cuadrado (244,80 Mts.2) .= El lote que esta sin edificar, tiene una area de seiscientos doce metros cuadrados ( 612 Mts.2) .= = = =S E P T I M O.= El precio del inmueble donado, es la suma de TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ( $ 34.000.oo) moneda legal colombiana.== = = = = = = = = O C T A V O.- Que desde hoy le ha hecho entrega material el Municipio de La Unión (Antioquia), al Hospital San Roque, de ese mismo Municipio, del inmueble cuyo dominio le transfiere por el presente instrumento en forma gratuita e irrevocable , con todas sus mejoras y anexidades, usos, costumbres y servidumbres activas y pasivas legalmente establecidos, sin ninguna reserva .= = N O V E N O.- Que obliga al Municipio de La Unión (Antioquia), al saneamiento , en los casos y términos señalados por la Ley.= = D E C I M O.- Que en esta forma se dá cumplimiento al Acuerdo número cincuenta y cuatro ( #54), de primero (1º) de agosto de mil novecientos setenta y seis ( 1.976), expedido por el Honorable Concejo Municipal de La Unión ( Antioquia) , de que antes se hizo mérito.=.== = = =Presente la señora LILLYAM ESCOBAR BOTERO, mayor de edad, vecina de La Unión (Antioquia), a quién identificó con su cédula de ciudadanía número 21.264.560 expedida en Medellín, manifestó lo siguiente: (A).= Que en la actualidad ejerce el cargo de Asistente Administrativo del Hospital San Roque, del Municipio de La Unión ( Antioquia) , el cual tiene se Personería Jurídica , conferida por la Gobernación de Antioquia, mediante Resolución número ciento veintinueve (#129), de veintisiete (27) de noviembre de mil novecientos sesenta y dos ( 1.962), pu=

ción de La Unión ( Antioquia), en el crucero de la carrera número doce ( # 12) con la calle número doce, distinguidas sus puertas en la nomenclatura de la población, así: la del Hospital, con el número once cincuenta y seis (11-56) y la del Centro de Salud con el número once cuarenta y ocho ( 11-48), predio que se segrega del matriculado bajo el número cinco mil ciento ochenta y seis ( # 5.186) y que tiene figura rectangular, con una area de mil doscientos noventa y dos metros cuadrados ( 1.292 Mts.2) y que se identifica por los siguientes linderos: ## Al frente que dá al sur, con la calle número doce ( # 12), en extensión de cuarenta y siete metros con cincuenta centímetros ( 47,50 Mts.); al occidente, con la carrera número doce ( # 12), en extensión de veintisiete metros con veinte centímetros ( 27,20 Mts.) ; al norte y al oriente, con inmueble que se reserva el Municipio donante.##.= = = = = = = C U A R T O.= Que el Municipio de La Unión (Antioquia) adquirió el dominio sobre el inmueble del cual se segrega el lote que dona y junto con otro predio, mediante sentencias dictadas a su favor ,por el Juzgado Promiscuo de este Circuito y el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, en juicio especial de pertenencia , instaurado por el citado Municipio contra personas indeterminadas, providencias que tienen fechas treinta (30) de enero de mil novecientos setenta y cinco ( 1.975) y veintiseis ( 26) de junio del mismo año y que fueron registradas en la Oficina de Registro de este Círcuito, el primero (1º) de septiembre de mil novecientos setenta y cinco ( 1.975) , en el tomo segundo (2º) del Libro de Registro número primero (1º) folios doscientos sesenta y tres a doscientos sesenta y ocho ( 263 a 268), número seiscientos catorce (# 614).= = Q U I N T O.- Que el Municipio de La Unión (Antioquia) no ha enajenado en forma alguna, antes de ahora, el inmueble que es objeto de esta donación y garantiza que se halla libre de censo, hipoteca, embargo judicial, pleito pendiente, registro por demanda civil, condiciones resolutorias del dominio y en general,

GG 09468260

= = = =DONACION= = = =

MUNICIPIO DE LA UNION (Antioquia)= = = = = = = = = = = = = = = = = HOSPITAL SAN ROQUE ,de La Unión (Antioquia).=

NUMERO QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO.= ( # 564).

En el Municipio de La Ceja, Departamento de Antioquia, República de Colombia, a dieciocho ( 18 ) de agosto de mil novecientos setenta y seis ( 1.976), ante mi, Juan de Dios Botero Bernal, Notario único de este Círculo Notarial, compareció el señor OSCAR MONTOYA AGUIRRE, varón, mayor de edad, vecino de La Unión ( Antioquia), a quién identifiqué con su cédula de ciudadanía número 3.403.285 expedida en Bello (Antioquia) y expuso: P R I M E R O.- Que obra en este acto en su calidad de Alcalde Municipal de La Unión ( Antioquia), en ejercicio de dicho cargo, carácter que acredita con el Certificado expedido por el Señor Jefe de Gobiernos Locales,de la Gobernacion de Antioquia, de fecha veintinueve (29) de julio último, que entrega para ser protocolizado con la presente escritura.= = = = S E G U N D O.- Que para el otorgamiento de la presente escritura se halla debidamente autorizado por el Honorable Concejo Municipal del Municipio que representa, conforme aparece del Acuerdo número cincuenta y cuatro ( # 54), de primero (1º) de agosto de mil novecientos setenta y seis ( 1.976) , copia del cual entrega también para su protocolización .= = = = T E R C E R O.- Que obrando como deja dicho, por el presente instrumento transfiere, a título de donación, a favor del HOSPITAL SAN ROQUE , del Municipio de La Unión (Antioquia), los derechos de dominio y posesión plenos que el nombrado Municipio tiene sobre un lote de terreno o solar, con sus correspondientes edificaciones, en las que actualmente funcionan el Hospital San Roque y el Centro de Salud , con sus instalaciones correspondientes para servicios de acueducto, alcantarillado y energía eléctrica y teléfono y con todas sus demás mejoras y anexidades, inmueble que está situado dentro del area urbana de la pobla-

SNR

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE LA CEJA

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 171110658590211O2 Nro Matricula: 017-1299

Impreso el 10 de Noviembre de 2017 a las 04:54:36 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

ACTIVO

DESCRIPCION CABIDA Y LINDEROS

COMPLEMENTACION

DIRECCION DEL INMUEBLE

MATRICULA ABIERTA CON BASE EN LA(S) SIGUIENTE(S) (En caso de integración y otros)

ANOTACION: Nro

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X Titular de derecho real de dominio I Titular de derecho incompleto)

A HOSPITAL DE SAN ROQUE LA UNION X

SALVEDADES (Información Anterior o Corregida)

SNR

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE LA CEJA

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 17111065859021102 Nro Matricula: 017-1299

Impreso el 10 de Noviembre de 2017 a las 04:54:36 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

FIN DE ESTE DOCUMENTO

TURNO: 2017-017-1-27823 FECHA: 10-11-2017

AC01265482

=======DONACION=====

MUNICIPIO DE LA UNION

( Antioquia)========

========= a =========

HOSPITAL SAN ROQUE

DE LA UNION ( Antio=

==========quia).==========

NUMERO OCHOCIENTOS VEIN= TISEIS.= ( # 826).==== En el Municipio de La Unión, Departamento de Antioquia, República de Colombia, a quince ( 15) de septiembre = de mil novecientos setenta y nueve ( 1.979), ante mi, Juan de Dios Botero Bernal, Notario único de este Círculo Notarial,com= pareció el señor EMILIO ENRIQUE NARANJO LONDOÑO, varón, mayor de edad, vecino de este Municipio, quién se identifica con la cédula de ciudadanía número 8.234.787 , ===expedida en Medellín y expuso: P R I M E R O.= Que obra en este acto en nombre y re= presentación de este Municipio de LA UNION, en su calidad de Al= calde Municipal y en ejercicio de dicho cargo , debidamente au= torizado por el Honorable Concejo Municipal de este Municipio para elevar a escritura pública el contrato de que trata esta escritura , conforme aparece del Acuerdo número veintiseis (#26), de veinte (20) de mayo del corriente año ( 1.979), todo lo cual acredita con los documentos que entrega para su protocolización con la presente escritura.==========S E G U N D O.= Que obrando como deja dicho , por el presente instrumento transfiere, a tí= tulo de donación , a favor del HOSPITAL SAN ROQUE , de este Mu= nicipio de La Unión (Antioquia), los derechos de dominio y po= sesión plenos que el Municipio que representa tiene y ejerce so= bre un lote de terreno o solar con sus mejoras y anexidades, si= tuado dentro del area urbana de esta población, con frente a la carrera número doce ( # 12) , entre las calles números doce y trece ( ## 12 y 13), segregado del inmueble matriculado bajo el número cinco mil ciento ochenta y seis ( # 5.186) , con una a=

que antes se hizo mérito: ## Del lindero con Gilberto Cardona y de occidente a oriente , en una extensión de veintidós metros = con setenta centímetros ( 22,70 Mts.) , de éste hacia la izquier= da y de sur a norte , con propiedades de los señores Gilberto = Cardona , Rogelio Osorio y el Municipio, hasta encontrar el lin= dero con Enrique Morales , en una extensión de veintiocho metros (28.00 Mts.) ; de éste, doblando hacia la derecha , de occidente a oriente, lindando con los siguientes señores : Enrique Mora= les, Guillermo Valencia, Jesús María Toro , Manuel Ramírez y Li= lian Escobar , en una extensión de veintiseis metros ( 26.00 Mts.), de este punto hacia la derecha de norte a sur , lindando con te= rreno del Municipio en una extensión de treinta y dos metros con setenta centímetros ( 32,70 Mts.) , hasta encontrar lindero con predio del Hospital ; de éste, hacia la derecha, de oriente a occidente, lindando con predio del Hospital , en extensión de cuarenta y tres metros con cincuenta centímetros ( 43,50 Mts.), hasta encontrar la carrera doce (12) , de éste doble sobre la de= recha en una extensión de tres metros con cincuenta centímetros (3,50 Mts.) , hasta llegar al lindero con Gilberto Cardona ,pun= to primero.##.==========T E R C E R O.= Que de conformidad con lo estipulado en el precitado Acuerdo, el terreno cedido está = destinado unica y exclusivamente para la construcción del nuevo Hospital y que si en el término de cinco (5) años no se ha cons= truído éste , el terreno cedido por esta escritura volverá a ser del dominio del Municipio donante.==========C U A R T O.= Que el Municipio de La Unión (Antioquia) adquirió el predio que dona en mayor extensión =parte ya enajenada y parte que aún conserva= por sentencias dictadas a su favor por el Juzgado Promiscuo del Circuito de La Ceja y el Honorable Tribunal Superior del Distri= to Judicial de Medellín , en juicio especial de pertenencia ins=

COMO NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE LA CEJA,

I N F O R M O :

Que el Municipio de La Unión (Antioquia), dona al Hospital San Roque, del mismo Municipio, un lote de terreno o solar, en el area urbana de dicho Municipio, con una area de 898,45 Mts.2., el cual corresponde catastralmente un avalúo de $ 157.642.oo, ya que el predio del cual se segrega el lote donado tiene una area de 1.630 Mts.2. y un avalúo de $ 286.000.oo. Ver certificado adjunto.=

La Ceja, 13 de septiembre de 1.979.=

Juan de Dios Botero Bernal.
NOTARIO.

NOTA: Según instrucciones del Señor Visitador, las recaudaciones no pueden expedir certificados sobre Donaciónes, el Artículo 4º Decreto 2143 Numeral a) y b) dice : están exentos de Impuesto de Donación , los Municipios y entidades sin ánimo de lucro.

RECAUDACION DE RENTAS NACIONALES

OLIVIA CAMPUZANO MEJIA.
Reimpuestos Nales.

Como Notario único del Círculo de La Ceja, doy testimonio de que esta fotocopia es idéntica al original del cual fué tomada y el cual se encuentra protocolizado con la escritura Nº826 de 15 de ~~septiembre de 1.979,~~ de esta Notaría.=

La Ceja, Septiembre 15 de 1.979.=

Juan de Dios Botero Bernal.
NOTARIO.



mismo año, que fueron registradas en la Oficina de Registro de este Círculo, en primero (1º) de septiembre de mil novecientos setenta y cinco ( 1.975), en el tomo segundo (2º) del Libro de Registro número primero (1º), folios doscientos sesenta y tres a doscientos sesenta y ocho ( 263 a 268) , número seiscientos catorce ( # 614) .========Q U I N T O.= Que el Municipio de La Unión ( Antioquia) no ha enajenado en forma alguna, antes de ahora , el inmueble que es objeto de esta donación, el cual se halla libre de censo, hipoteca, embargo judicial, pleito pendiente, registro por demanda civil, condiciones resolutorias del dominio y en general, libre de cualesquiera otra clase de limitaciones y gravámenes.========S E X T O.= Que el precio del inmueble que dona, para efectos fiscales, es de CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS ( $ 157.642.oo) moneda legal colombiana , que corresponde catastralmente al area que se dona, en relación con el avalúo del lote del cual se segrega.========S E P T I M O .= Que desde hoy ha hecho entrega material al Hospital San Roque de este Municipio , del inmueble objeto de la presente donación, con la condición impuesta en la cláusula tercera del presente instrumento , siendo obligado el Municipio donante el saneamiento en los casos y términos señalados por la Ley.========Presente la señora LILIAM ESCOBAR ROTERO, mayor de edad, vecina de este Municipio, quién se identifica con la cédula de ciudadanía número 21.264.560 expedida en Medellín , manifestó: (A.).= Que obra en este acto en nombre y representación, como Asistente Administrativo, del Hospital San Roque, de este Municipio de La Unión, el cual goza de Personería Jurídica, que le fué conferida por la Gobernación de Antio-

el Certificado que entrega para ser protocolizado con la presente escritura .=======(B.).= Que obrando en tal carácter acepta, en todas sus partes, para el Hospital que representa, la donación que se le hace , con la condición impuesta y dó por recibido a entera satisfacción el inmueble que por la presente se le dona.= Advertí lo relativo al registro oportuno de la copia de este instrumento.====Leída esta escritura a los otorgantes, le dieron su [illegible]ón por hallarla a su entera satisfacción y para constancia la firman por ante el infrascrito Notario.=======Derechos notariales por original,$ 406,46, de conformidad con el Decreto número 1772 de 1.979.========Esta escritura quedó extendida en las hojas AC01265482 y AC01265439.==========

EL ALCALDE MUNICIPAL,

ALCALDIA MUNICIPAL
ALCALDE
UNION (ANT.)

EMILIO ENRIQUE ARANGO LONDOÑO.

EL ASISTENTE ADMINISTRATIVO,

ASISTENTE
ADMINISTRATIVO

LILIAM ESCOBAR BOLERO.

[illegible] el otorgamiento de esta escritura se allegaron los comprobantes siguientes:certificado de paz y salvo de Hacienda Nacional del Hospital San Roque, expedido en La Unión, número XX=500536, válido hasta diciembre 31/79 ; un certificado de catastro, en relación con el predio del cual se segrega el lote donado y la constancia o informe de la solicitud de la autorización para esta donación , pedida a la Recaudación Local de Impuestos Nacionales de esta población, con la nota de no poder expedirlo , pués que ello es privativo de la Administración de Impuestos Nacionales, por lo cual, acogiéndose los otorgantes a lo dispuesto por el Decreto Nro. 2026 , de 27 de agosto del corriente año, se obligan a

A C U E R D O 26 de 1. 79

( Mayo 20 )

POR [illegible] DEL CUAL [illegible] UN TERRENO [illegible] DEL MUNICIPIO.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE LA UNION, en uso de sus atribuciones legales y en especial de las conferidas por la Ley 4ª de 1.913,72/26,89/36 y:

C O N S I D E R A N D O:

a. Que el Servicio Seccional de Salud del Departamento de Antioquia, con el ánimo de proyectar la construcción de un Hospital Técnico y Funcional, ha solicitado de esta Corporación, ceda al Hospital San Roque de éste Municipio un lote de terreno que se hace necesario para la construcción del nuevo Hospital.

b.-Que es deber de esta Corporación, velar por la salud en nuestro Municipio.

A C U E R D A:

ARTICULO PRIMERO: Autorízase al Señor Alcalde Municipal, para que mediante escritura pública y en forma gratuita, a título de donación, ceda al Hospital San Roque de éste Municipio, un lote de terreno ubicado en la cra 12 entre calles 12 y 13 y el cual se distingue por por los siguientes linderos: Del lindero con Gilberto Cardona y de Occidente a Oriente en una extensión de 22,70 metros, de éste hacia la izquierda y de sur a norte con propiedades de los Señores Gilberto Cardona, Rogelio Osorio y el Municipio, hasta encontrar el lindero con Enrique Morales en una extensión de 2[illegible] metros, de este doblando hacia la derecha de occidente a Oriente lindando con los siguientes Señores: Enrique Morales, Guillermo Valencia, Jesús María Toro, Manuel Ramírez y Liliam Escobar en una extensión de 26 metros, de este punto hacia la derecha de norte a sur lindando con terrenos del Municipio en una extensión de 32,70 metros, hasta encontrar los linderos con predios del Hospital, de este hacia la derecha de Oriente a Occidente lindando con predios del Hospital en una extensión de 43,50 metros, hasta encontrar la cra 12, de este dobla sobre la derecha en una extensión de 3,50 metros hasta llegar al lindero con Gilberto Cardona, punto primero; el área total a ceder es de 893,45 metros cuadrados [illegible].

ARTICULO SEGUNDO: Los terrenos a ceder son única y exclusivamente para la construcción del nuevo Hospital; si en el término de [illegible] años no se ha construido el Hospital, el terreno cedido por el presente Acuerdo volverá a dominio del Municipio.

ARTICULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su sanción ejecutiva y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en el salón de sesiones del H. Concejo Municipal a los 19 días del mes de Mayo del año de 1.979.

[illegible] OSORIO
Presidente

CONCEJO MUNICIPAL
PRESIDENTE
LA UNION (ANT.)

[illegible] MUNICIPAL

Procedente del H. Concejo Mpal. [illegible]

[illegible] hoy, [illegible] de mil novecientos [illegible] y nueve [illegible] la misma fecha lo [illegible] el alcalde [illegible] con la [illegible] ejecutiva.

[illegible]

Secretaria - Alcaldía

Gria.Ad-Doc.

ALCALDIA MUNICIPAL DE LA UNION ANT.

La Unión, Mayo veinte de mil novecientos setenta y nueve.

PUBLI[illegible]

El Alcalde [illegible]

La Gria.Ad-Doc. [illegible]

[illegible] en la fecha y en cumplimiento al auto que antecede el presente acuerdo fué publicado por [illegible] de [illegible] día feriado y de concurso público. En la misma fecha lo cierro para enviarlo a la dirección jurídica de la Gobernación de Antioquia.

La Unión, Mayo 21/79

[illegible]

Gria.Ad-Doc.-

Como Notario único del Círculo de La Ceja, doy testimonio de que esta fotocopia es idéntica al original del cual fué tomada y que se encuentra protocolizado con la escritura Nº 826 de 15 de septiembre de 1.979, de esta Notaría.-

La Ceja, Septiembre 15 de 1.979.-

GOBERNACION DE ANTIOQUIA.
DIRECCION JURIDICA.

EL SUSCRITO SECRETARIO COORDINADOR DE LA DIRECCION JURIDICA DE LA GOBERNACION DE ANTIOQUIA,

C E R T I F I C A :

Que a la entidad denominada "HOSPITAL SAN ROQUE", con domicilio en el Municipio de La Unión, le fué conferida su personería jurídica mediante Resolución número 129 de noviembre 27 de 1962, emanada de esta Gobernación y publicada en la Gaceta Departamental de diciembre 7 de 1962.

Que la señorita LILIA DOCOBAR BOTERO, se encuentra inscrita en este Despacho como actual representante legal de la mencionada institución en calidad de Asistente Administrativo.

Medellín, mayo 19 de 1976

JOAQUIN CALLE VILLEGAS
SECRETARIO COORDINADOR

Como Notario único del Círculo de La Caja, doy testimonio de que esta fotocopia es idéntica a otra de la cual fué tomada y que se encuentra protocolizada con la escritura Nº826 de 15 de septiembre de 1.979, de esta Notaría.-

La Caja, [illegible] de 1.979.-

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
SECRETARIA DE GOBIERNO

EL SUSCRITO JEFE DE GOBIERNOS LOCALES

HACE CONSTAR:

Que el señor EMILIO ENRIQUE NARANJO LONDOÑO se encuentra vinculado al servicio del departamento y en la actualidad desempeña las funciones de alcalde del municipio de La Unión.

Medellín julio 10 de 1979

EDUARDO GOEZ VALDERRAMA
JEFE GOBIERNOS LOCALES

Como Notario único del Círculo de La Ceja, doy testimonio de que esta fotocopia es idéntica al original del cual fué tomada, y que se encuentra protocolizada con la escritura Nº826 de 15 de septiembre de 1.979, de esta Notaría.-

La Ceja, Septiembre 15 de 1.979.-

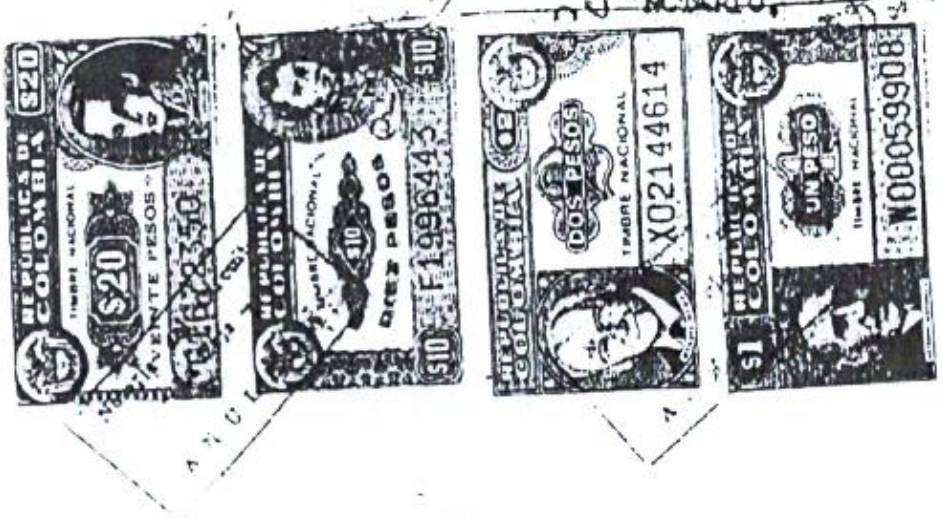
Juan de Dios Hotero Bernal.
NOTARIO



tario único del Círculo de La Ceja, doy testimonio de que esta fotocopia es idéntica al original del cual fué tomada.- Esta segunda copia que consta de tres (3) hojas se expide para el HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION, en La Ceja, a quince (15) de Septiembre de mil novecientos setenta y nueve (1.979).-

Juan de Dios Botero Bernal,

NOTARIO.




OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS
SECCIONAL DE LA CEJA (ANTIOQUIA)

| Fecha de Registro | | No. de Matrícula |
|---|---|---|
| SEPT. 20/79 | 79-1.828 | 017-0001.299 |

NO. DE ANOTACION EN LOS FOLIOS RESPECTIVOS

CLASE DE REGISTRO

DONACION

FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR

Oficina de Registro Seccional La Ceja

# OFICINA DEPARTAMENTAL DE CATASTRO DE ANTIOQUIA

Para efectos de la ley 78 de 1935, sobre declaración de RENTA Y PATRIMONIO, el suscrito Secretario Municipal de Catastro de _____

C E R T I F I C A :

Que en ____ de _____ del año de 19 _____ aparece(n) inscrito(s) el (los) señor(es)

_____

hospital san roque

como propietario(s) del (los) siguiente(s) predio(s), así:

| VEREDA O DIRECCION | NOMBRE O NOMENCLATURA URBANA | AVALUO | NUMERO CATASTRAL |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Forma AM - 2

_____ (MUNICIPIO)

_____ (MES Y DIA) de mil novecientos

_____ 19 _____

_____ SECRETARIO

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

# INSTITUTO GEOGRAFICO "AGUSTIN CODAZZI"

No. 7.2.1/ 1.769 8184

Bogotá, D.E.

Doctor
ALVARO GONZALEZ FLETCHER
Director General
Instituto Geográfico "Agustín Codazzi"
E. S. D.

REF: Avalúo en La Unión, Antioquia para el Hospital San Roque.

En cumplimiento de la labor que me fue encomendada, referente a la práctica del avalúo comercial a un predio, para atender la solicitud dirigida a su despacho por el Médico Director del Hospital San Roque del Municipio de La Unión, en oficio No. 020 del 3 de septiembre de 1982, presento a usted, en resumen, el resultado obtenido de acuerdo con el análisis e investigaciones efectuados con esta finalidad, cuyos pormenores se consignan en el informe memoria correspondiente.

El presente avalúo se refiere a las condiciones propias actuales del predio con todos los derechos legales inherentes y sin limitaciones.

El área del lote fue suministrada por la Entidad solicitante.

El precio adoptado representa el valor de equilibrio entre la oferta y la demanda en el mercado.

IDENTIFICACION PREDIAL

| | |
|---|---|
| Departamento: | Antioquia |
| Municipio: | La Unión |
| Sector: | El Bosque |
| Propietario: | Hospital San Roque |

RESULTADO DEL AVALUO

TERRENO

3.200,00 M2 a $150,oo c/u .....$ 480.000,oo

Avalúo comercial .....$ 480.000,oo

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

# OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE LA CEJA

## CERTIFICADO DE TRADICION

## MATRICULA INMOBILIARIA

**Certificado generado con el Pin No: 260119827012743639 1** **Nro Matrícula: 017-1299**



Impreso el 19 de Enero de 2026 a las 09:18:11 AM

**"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"**

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 017 - LA CEJA DEPTO: ANTIOQUIA MUNICIPIO: LA UNION VEREDA: LA UNION

FECHA APERTURA: 20-09-1979 RADICACIÓN: 79-1828 CON: ESCRITURA DE: 15-09-1979

CODIGO CATASTRAL: **054000100000100340003000000000**COD CATASTRAL ANT: SIN INFORMACION

NUPRE: ADA0001PYWD

ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

**DESCRIPCION: CABIDA Y LINDEROS**

UN LOTE DE TERRENO O SOLAR CON UNA AREA DE 898.45 MTS.2. ALINDERADO ASI: DEÑ LINDERO CON GILBERTO CARDONA Y DE OCCIDENTE A ORIENTE, EN UNA EXTENSION DE 22.70 MTS., DE ESTE HACIA LA IZQUIERDA Y DE SU A NORTE CON PROPIEDADES DE LOS SEÑORES GILBERTO CARDONA, ROGELIO OSORIO Y EL MUNICIPIO, HASTA ENCONTRAR LINDERO CON ENRIQUE MORALES, EN UNA EXTENSION DE 28 METROS, DE ESTE DOBLANDO HACIA LA DERECHA, DE OCCIDENTE A ORIENTE, LINDANDO CON LOS SIGUIENTES SEÑORES: ENRIQUE MORALES, GUILLERMO VALENCIA, JESUS MARIA TORO, MANUEL RAMIREZ Y LILIAM ESCOBAR EN UNA EXTENSION DE 26 METROS, DE ESTE PUNTO HACIA LA DERECHA DE NORTE A SUR, LINDANDO CON TERRENO DEL MUNICIPIO EN UNA EXTENSION DE 32.70 MTS., HASTA ENCONTRAR LINDERO; CON PREDIO DEL HOSPITAL, DE ETE HACIA LA DERECHA DE ORIENTE A OCCIDENTE LINDANDO CON PREDIO DEL HISPITAL, EN EXTENSION DE 43.50 MTS., HASTA ENCONTRAR LA CARRERA 12, DE ESTE DOBLA SOBRE LA DERRECHA EN EXTENSION DE 3.50 METROS, HASTA LLEGAR AL LINDERO CON GILBERTO CARDONA, PUNTO PRIMERO. ( MATRICULAS ABIERTAS CON BASE EN MATRICULA 5186 TOMO 21 LA UNION )

**AREA Y COEFICIENTE**

AREA - HECTAREAS: METROS CUADRADOS: CENTIMETROS CUADRADOS:

AREA PRIVADA - METROS CUADRADOS: CENTIMETROS CUADRADOS: / AREA CONSTRUIDA - METROS CUADRADOS: CENTIMETROS CUADRADOS:

COEFICIENTE : %

**COMPLEMENTACION:**

**DIRECCION DEL INMUEBLE**

Tipo Predio: URBANO

1) CARRERA 12 ENTRE CALLES 12 Y 13

DETERMINACION DEL INMUEBLE:

DESTINACION ECONOMICA:

**MATRICULA ABIERTA CON BASE EN LA(s) SIGUIENTE(s) (En caso de integración y otros)**

017 - 4266

**ANOTACION: Nro 001** Fecha: 20-09-1979 Radicación: 1828

Doc: ESCRITURA 826 DEL: 15-09-1979 NOTARIA UNICA DE LA UNION VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 103 DONACION

**PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)**

DE: MUNICIPIO DE LA UNION 2 X

A: **HOSPITAL DE SAN ROQUE LA UNION** X

**NRO TOTAL DE ANOTACIONES: *1***

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

# OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE LA CEJA

## CERTIFICADO DE TRADICION

## MATRICULA INMOBILIARIA

**Certificado generado con el Pin No: 260119827012743639 1** **Nro Matrícula: 017-1299**



Impreso el 19 de Enero de 2026 a las 09:18:11 AM

**"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"**

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

**SALVEDADES: (Información Anterior o Corregida)**

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 1 Radicación: ICARE-2021 Fecha: 17-04-2021

SE ACTUALIZA FICHA CATASTRAL, CON LA SUMINISTRADA POR CATASTRO DEPARTAMENTAL ANTIOQUIA, RES. 0000000068741 PROFERIDA POR ESA ENTIDAD, RES. NO. 09089 DE 29/10/2020 EXPEDIDA POR LA S.N.R.

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 2 Radicación: ICARE-2024 Fecha: 06-12-2024

SE ACTUALIZA/INCLUYE FICHA CATASTRAL Y/O NUPRE, CON EL SUMINISTRADO POR EL GC ANTIOQUIA, RES. 2024060248866 DEL 21/08/2024 PROFERIDA POR ESA ENTIDAD, RES. NO. 09089 DE 29/10/2020 EXPEDIDA POR LA S.N.R.

**FIN DE ESTE DOCUMENTO**

El interesado debe comunicar al registrador cualquier falla o error en el registro de los documentos

USUARIO: Realtech

**TURNO: 2026-017-1-1421** **FECHA: 19-01-2026**

EXPEDIDO EN: BOGOTA

**JUAN CARLOS MEJIA VALLEJO**

REGISTRADOR SECCIONAL

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO La guarda de la fe pública

Municipio de La Unión
100-09.01

**DECRETO No.20240040**
**1 de abril del 2024**

**POR EL CUAL SE HACE EL NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DEL MUNICIPIO DE LA UNION**

LA ALCALDESA MUNICIPAL DE LA UNION ANTIOQUIA, en uso de sus atribuciones constitucionales, legales, en especial las conferidas por el artículo 315 de la Constitución Política, la Ley 136 de 1994, modificada por la Ley 1551 de 2012, el artículo 192 de la Ley 100, el artículo 20 de la Ley 1797, Decretos Nacionales 780 y 1083 de 2015, 1427 de 2016, 648 de 2017, y

***C O N S I D E R A N D O:***

Que el cargo de gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DEL MUNICIPIO DE LA UNION estará vacante definitivamente a partir del dia 1 de abril de 2024, con ocasión de la terminación del período de su titular.

Que la Ley 1797 de 2016, establece:

" ARTÍCULO 20. NOMBRAMIENTO DE GERENTES O DIRECTORES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente articulo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. "

Que las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del sector Salud, prevé disposiciones en relación con el nombramiento y reelección de gerentes de Empresas Sociales del Estado - ESE.

Que, Mediante el Decreto 1427 del 1 de septiembre de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 y sustituye las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario, señalando el procedimiento para la evaluación de las competencias de los aspirantes a ocupar el empleo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado.

Que, mediante la Resolución 680 del 2 de septiembre de 2016, el Departamento Administrativo de la Función Pública en acatamiento a lo dispuesto en la Ley 1797 de 2016, estableció las competencias y conductas asociadas que se evaluarán al candidato o candidatos que aspiren a acceder al empleo de gerente o director de las Empresas Sociales del Estado, de carácter Nacional o territorial.

Que después de verificar el cumplimiento de los requisitos estipulados en el Decreto Ley 785 de 2005, para desempeñar el cargo de gerente en una empresa Social del Estado ubicada en un Municipio de sexta categoría como el Municipio de La Unión , se encuentra que el médico HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON cumple con los requisitos de formación académica y experiencia exigida, según lo certifica el secretario de gobierno.

Que por esta razón, se solicitó apoyo del Departamento Administrativo de la Función Pública, para la evaluación de competencias comportamentales, que en comunicado con radicado 20241010182991 de Fecha 22/03/2024 remitió Informe de Competencias de los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, donde se consigna concepto favorable, en documento que forma parte integrante del presente decreto.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

**DECRETA:**

**ARTICULO PRIMERO:** NOMBRAMIENTO. Nombrar al médico HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON, identificado con **CC** 15.355.283 en el cargo de GERENTE Código 085 Grado 01, de la Empresa Social del Estado **HOSPITAL SAN ROQUE DEL MUNICIPIO DE LA UNION**, a partir del 1° de Abril de 2024 hasta el treinta y uno (31) de marzo de 2028.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Las funciones y asignación salarial corresponderán a las estipuladas en las normas correspondientes.

**ARTÍCULO TERCERO:** El presente Acto Administrativo surte efectos administrativos y fiscales a partir de la fecha de posesión.

SOLIDARIDAD UNIÓN Y PAZ
Municipio de La Unión

**ARTÍCULO CUARTO**: Comuníquese este nombramiento por escrito, a través de medios físicos o electrónicos, al señor, HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON, con CC. 15.355.283, indicándole que cuenta con el término de diez (10) días para manifestar su aceptación o rechazo, de conformidad con el Decreto No. 648 de 2017, Artículo 2.2.5.1.6. Comunicación y término para aceptar el nombramiento.

**PARÁGRAFO:** Aceptado el nombramiento, la designada, deberá tomar posesión del empleo a partir del 1 de abril de 2024.

**ARTÍCULO QUINTO**: Envíese copia del presente decreto a la Empresa Social del Estado a la a las Secretaría Seccional de Salud del Departamento de Antioquia y la Secretaría de Protección Social del Municipio, para los fines pertinentes.

**ARTÍCULO SEXTO: VIGENCIA.** El presente decreto rige a partir de su fecha de expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y ordénese su publicación en la página web de la Alcaldía Municipal.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en el Municipio de La Unión-Antioquia, el 1 de abril del 2024

**CARMEN JUDITH VALENCIA MORENO**
**Alcaldesa**

Elaboró: Johana Arenas Quirama - Profesional Universitaria: Gestión Humana y SST.
Revisó: Johan Echevern Ocampo - Secretario de Gobierno y Servicios Administrativos.

**EL CONTADOR DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE**
**DEL MUNICIPIO DE LA UNION ANTIOQUIA**
**CERTIFICAN QUE:**

La ESE Hospital San Roque del Municipio de la Union Antioquia ha tenido obligaciones con las entidades o sistemas de:

- Aportes parafiscales, entendidos como los aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el SENA.

- Seguridad social, entendida como los aportes a sistema de pensiones, salud y riesgos profesionales.

Que a la fecha el Hospital no tiene obligaciones vencidas, ni pendientes por estos conceptos.

Dicha certificación se emite para dar cumplimiento a lo dispuesto en el articulo 50 de la ley 789 de 2002

Dado en la Union, a los 19 dias del mes de enero de 2026

GUSTAVO ALBERTO LOPEZ HERREA
CONTADOR
TP:100.475-T

enlace operativo

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-01-16, 04:05:57 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2026 |
| **Empresa** | ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION |
| **NIT** | NI 890980866 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | 002 ( PLANTA ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 83074726 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 206805478 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 45.376.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 3 | $ 2.986.400 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 782.200 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 13 | $ 7.664.400 | $ 0 |
| N800227940 | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 4 | $ 7.423.500 | $ 0 |
| N800156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 2 | $ 673.100 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 1.038.100 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 15 | $ 10.316.400 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 3 | $ 2.123.800 | $ 0 |
| N800226175 | 14-25 | COLMENA RIESGOS PROFESIONALES | 21 | $ 2.116.900 | $ 0 |
| N890900841 | CCF04 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT | 21 | $ 4.534.800 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN | 21 | $ 2.267.800 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | ICBF | 21 | $ 3.401.400 | $ 0 |
| | | **SubTotales** | | $ 45.376.800 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar** | | | $ 45.376.800 |



Enlace Operativo. Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4ECC71E99ZA381Z9

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GUSTAVO ALBERTO LOPEZ HERRERA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 98460021 de URAMITA (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 100475-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**100475-T**



**GUSTAVO ALBERTO**
**LOPEZ HERRERA**
**C.C. 98460021**
**RESOLUCION INSCRIPCION 71 FECHA 2004/04/29**
**UNIVERSIDAD FUND. UNIV. SAN MARTIN**

**PRESIDENTE**

**MIGUEL TIQUE PEÑA**

109833

FIRMA DEL TITULAR

**20153**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **98.460.021**

**LOPEZ HERRERA**
APELLIDOS

**GUSTAVO ALBERTO**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1970**

**FRONTINO**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.72 | AB+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**31-MAY-1988 URAMITA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0128200-14117906-M-0098460021-20041028 **04790** 04301A 02 133972230

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT 860.524.654-6

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5302825046

## PÓLIZA No: 530 -83 - 994000000284 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA POBLADO — COD AGE 530 — RAMO 83 — PAP

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 28 | 08 | 2025 | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 30 | 08 | 2025 | 23:59 | | 30 | 08 | 2026 | 23:59 | 365 | 28 | 08 | 2025 |
| | FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DEL ANEXO | 30 | 08 | 2025 | 23:59 | | 30 | 08 | 2026 | 23:59 | 365 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE — IDENTIFICACIÓN NIT 890.980.866-4

DIRECCIÓN CALLE 12 N. 11-54 — CIUDAD LA UNION, ANTIOQUIA — TELEFONO [illegible]

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO VER CERTIFICADOS POR ITEM — IDENTIFICACIÓN

DIRECCIÓN — CIUDAD — TELEFONO

BENEFICIARIO VER CERTIFICADOS POR ITEM — IDENTIFICACION

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

Ver Certificados por Item

| AMPAROS | SUMA ASEGURADA + IVAR | ADELIMITE |
|---|---|---|
| MANEJO GLOBAL SECTOR ESTATAL | 50,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL | 100,000,000.00 | |
| HURTO CALIFICADO | 1,225,886,646.00 | |
| EQUIPOS MOVILES Y PORTATILES | 11,536,085.00 | |
| TERREMOTO TEMBLOR Y ERUPCION VOLCANICA | 2,051,973,040.00 | |
| ASONADA, MOTIN C.C. HUELGA ACTOS MAL INTENCIONADOS | 2,051,973,040.00 | |
| TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES | 2,051,683,393.00 | |

| VALOR ASEGURADO TOTAL | VALOR PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ *2,312,246,483.00 | $ ********6,231,115 | $****15,000.00 | $ ****1,186,762 | $ ********7,432,877 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| MALECA SEGUROS CORTIDAD LTDA | 9029 | 100.00 |

**COASEGURO CEDIDO**

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

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 AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com/contacto-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA POLIZA DESDE NUESTRA PAGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCION "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

(415)7701861000019(8020)000000000007000530282504

FIRMA ASEGURADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

FIRMA TOMADOR

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero - Principal: Juan Sebastian Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: Jose Guillermo Peña Gonzalez
Direccion: Av. 19 # 114 - 09 oficina 502 Bogotá - Telefonos: (601) 213 13 70 - 213 13 22 - Celular: 321 924 04 75 - 323 232 29 34 - Correo electronico: defensor@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web
https://aseguradorasolidaria.com.co/documentos/Campana-2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE DEC 2509 DE 1999 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5302825046

## PÓLIZA No: 530 -83 - 994000000284 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA POBLADO — COD AGE 530 — RAMO 83 — PAP

| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 08 | 2025 | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 30 | 08 | 2025 | 23:59 | | 30 | 08 | 2026 | 23:59 | 365 | 28 | 08 | 2025 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DEL ANEXO | 30 | 08 | 2025 | 23:59 | | 30 | 08 | 2026 | 23:59 | 365 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** — IDENTIFICACIÓN NIT **890.980.866-4**

DIRECCION CALLE 12 N. 11-54 — CIUDAD LA UNIÓN, ANTIOQUIA — TELÉFONO 6045560619

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** — IDENTIFICACIÓN NIT **890.980.866-4**

DIRECCION CALLE 12 N. 11-54 — CIUDAD **LA UNIÓN, ANTIOQUIA** — TELÉFONO 6045560619

BENEFICIARIO **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** — IDENTIFICACIÓN NIT **890.980.866-4**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE NIT : 890980866

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: LA UNIÓN DIRECCION: CALLE 12 No. 11-54

ACTIVIDAD: C16 - INSTITUCION HOSPITALARIA MANZANA: 12-12

TIPO EDIFICIO: INSTITUCION CLINICA TIPO DE RIESGO: SERVICIOS

| AMPARO | OBJETO | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES | EDIFICIO(S) | 605,209,932.00 | 5.00 | |
| ASONADA, MOTIN C.C. HUELGA ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO | EDIFICIO(S) | 605,209,932.00 | 5.00 | |
| TERREMOTO TEMBLOR Y ERUPCION VOLCANICA | EDIFICIO(S) | 605,209,932.00 | 5.00 | |

Texto Aclaratorio
BENEFICIARIOS
NIT 890980866 - E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE
NIT 890980866 - E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE
NIT 890980866 - E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE

| VALOR ASEGURADO TOTAL | VALOR PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ ***635,470,429.00 | $ **********963,543 | $********** | $ ******183,514 | $ *******1,147,057 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| BAINOA SEGUROS SOCIEDAD LTDA | 9329 | 100.00 |

**COASEGURO CEDIDO**

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

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/personas/clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCION "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

(415)7701861000019(8020)000000000007000530282504

FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA Calle 100 No 9A-45 Piso 12 Bogotá

ALEGARCIA 0

CPD9207B0BCEEF97B9B — CLIENTE

**Defensor del Consumidor Financiero – Principal:** Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** Jose Guillermo Peña Gonzalez
**Dirección:** Av 19 # 114 - 09 oficina 502 Bogotá - **Teléfonos:** (601) 213 13 70 - 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electronico:** contacto@pgabogados.com
**Horario:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2505 DIC/23 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**5302825046**

## PÓLIZA No: 530 -83 - 994000000284 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO — COD AGE: 530 — RAMO: 83 — PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN DIA | MES | AÑO | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | VIGENCIA DESDE DIA | MES | AÑO | HORAS | VIGENCIA HASTA DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 08 | 2025 | | 30 | 08 | 2025 | 23:59 A LAS | 30 | 08 | 2026 | 23:59 A LAS | 365 | 28 | 08 | 2025 |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION

| VIGENCIA DEL ANEXO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30 | 08 | 2025 | 23:59 VIGENCIA DESDE A LAS | 30 | 08 | 2026 | 23:59 VIGENCIA HASTA A LAS | 365 |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** — IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.866-4**

DIRECCIÓN: CALLE 12 N. 11-54 — CIUDAD: LA UNIÓN, ANTIOQUIA — TELEFONO: 6048560610

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** — IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.866-4**

DIRECCIÓN: CALLE 12 N. 11-54 — CIUDAD: **LA UNIÓN, ANTIOQUIA** — TELEFONO: 6048560610

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** — IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.866-4**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 2 ASSEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE NIT : 890980866

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: LA UNIÓN DIRECCION: CALLE 12 No. 11-54

ACTIVIDAD: C16 - INSTITUCION HOSPITALARIA MANZANA: 12-12

TIPO EDIFICIO: EDIFICIO (S) TIPO DE RIESGO: SERVICIOS

| AMPARO | OBJETO | SUMA ASEGURADA Y INVAR | SUBLIMIT: |
|---|---|---|---|

Texto Aclaratorio

| VALOR ASEGURADO TOTAL | VALOR PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ **********0.00 | $ **********0 | $********** | $ **********0 | $ **********0 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| HALIPAX SEGUROS SOCIEDAD LTDA | 9129 | 100.00 |

**COASEGURO CEDIDO**

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

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO**

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU POLIZA DE SEGURO POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/anexos-de-interes/clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIEN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA POLIZA DESDE NUESTRA PAGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

(415)7701861000019(8020)000000000007000530282504

**FIRMA ASEGURADOR** — **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Pena Gonzalez
Dirección: Av. 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá - Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 72 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@ajpcgpabs.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web
https://aseguradorasolidaria.com.co/wp-content/uploads/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Contingente de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2809 DIC/01 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA NO PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT. 860.524.654-6

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

5302825046

## PÓLIZA No: 530 -83 - 994000000284 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO COD AGE: 530 RAMO 83 PAP

| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 08 | 2025 | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 30 | 08 | 2025 | 23:59 | | 30 | 08 | 2026 | 23:59 | 365 | 28 | 08 | 2025 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DEL ANEXO | 30 | 08 | 2025 | 23:59 | | 30 | 08 | 2026 | 23:59 | 365 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.866-4

DIRECCIÓN: CALLE 12 N. 11-54 CIUDAD: LA UNIÓN, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6045560619

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.866-4

DIRECCIÓN: CALLE 12 N. 11-54 CIUDAD: LA UNIÓN, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6045560619

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE IDENTIFICACIÓN: NIT 890.980.866-4

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE NIT : 890980866

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: LA UNIÓN DIRECCION: CALLE 2 No. 8-35

ACTIVIDAD: C16 - INSTITUCION HOSPITALARIA MANZANA: 1-9

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL

| AMPARO / OBJETO | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|
| **TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES** | | | |
| **DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV** | | | |
| EDIFICIO(S) | 220,876,262.00 | 5.00 | |
| MUEBLES Y ENSERES | 148,502,712.00 | 5.00 | |
| MAQUINARIA Y EQUIPO | 11,336,085.00 | 5.00 | |
| MERCANCIAS PROPIAS - FIJAS | 75,059,387.00 | | |
| DINERO EN EFECTIVO Y TITULOS VALORES | 3,000,000.00 | | |
| EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS | 147,369,104.00 | 5.00 | |
| EQUIPO MEDICO | 829,283,473.00 | 5.00 | |
| EQUIPO DE OFICINA | 11,026,438.00 | 5.00 | |
| **ASONADA, MOTIN C.C. HUELGA ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO** | | | |
| **DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV** | | | |
| EDIFICIO(S) | 220,876,262.00 | 5.00 | |
| MUEBLES Y ENSERES | 148,502,712.00 | 5.00 | |
| MAQUINARIA Y EQUIPO | 11,336,085.00 | 5.00 | |
| MERCANCIAS PROPIAS - FIJAS | 75,059,387.00 | | |
| DINERO EN EFECTIVO Y TITULOS VALORES | 3,000,000.00 | | |
| EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS | 147,369,104.00 | 5.00 | |
| EQUIPO MEDICO | 829,283,473.00 | 5.00 | |
| EQUIPO DE OFICINA | 11,336,085.00 | 5.00 | |
| **TERREMOTO TEMBLOR Y ERUPCION VOLCANICA** | | | |

| VALOR ASEGURADO TOTAL | VALOR PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ *1,676,776,054.00 | $ ********5,267,572 | $************ | $ ****1,003,248 | $ ********6,270,820 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| BALBOA SEGUROS SOCIEDAD LTDA | 9329 | 100.00 |

**COASEGURO CEDIDO**

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

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 A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU POLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

(415)7701861000019(8020)000000000007000530282504

FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CB0B207B0B0EF97B5B

CLIENTE

ALEGARCIA 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastian Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña Gonzalez
Dirección: Av 19 # 114 - 09 oficina 502 Bogotá - Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 64 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@gpabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO | COD. AGENCIA: 530 | RAMO: 83 | NO. POLIZA: 994000000284 | ANEXO: [illegible]

DATOS DEL TOMADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION: NIT | 890.980.866-4 |
| ASEGURADO | E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION: NIT | 890.980.866-4 |
| BENEFICIARIO | E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION: NIT | 890.980.866-4 |

## ITEM 3 - (continuación ...)

DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR ASEGURABLE DEL ARTICULO (ITEM) AFECTADO - Minimo: 3.00 SMMLV

| | | |
|---|---|---|
| EDIFICIO(S) | 220,876,262.00 | 5.00 |
| MUEBLES Y ENSERES | 148,502,712.00 | 5.00 |
| MAQUINARIA Y EQUIPO | 11,336,085.00 | 5.00 |
| MERCANCIAS PROPIAS - FIJAS | 75,059,387.00 | |
| DINERO EN EFECTIVO Y TITULOS VALORES | 3,000,000.00 | |
| EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS | 147,369,104.00 | 5.00 |
| EQUIPO MEDICO | 829,281,473.00 | 5.00 |
| EQUIPO DE OFICINA | 11,336,085.00 | 5.00 |

EQUIPOS MOVILES Y PORTATILES
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV

| | | |
|---|---|---|
| EQUIPOS MOVILES Y PORTATILES | 11,336,085.00 | 5.00 |

PUNTO CALIFICADO
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV

| | | |
|---|---|---|
| MUEBLES Y ENSERES | 148,502,712.00 | 5.00 |
| MAQUINARIA Y EQUIPO | 11,336,085.00 | 5.00 |
| MERCANCIAS PROPIAS - FIJAS | 75,059,387.00 | |
| DINERO EN EFECTIVO Y TITULOS VALORES | 3,000,000.00 | |
| EQUIPO DE COMPUTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS | 147,369,104.00 | 5.00 |
| EQUIPO MEDICO | 829,281,473.00 | 5.00 |
| EQUIPO DE OFICINA | 11,336,085.00 | 5.00 |

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV

| | |
|---|---|
| PATRIMONIO DEL ASEGURADO | 100,000,000.00 |

MANEJO GLOBAL SECTOR ESTATAL
DEDUCIBLES: 11.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV

| | |
|---|---|
| EMPLEADO OFICIAL | 50,000,000.00 |

Texto Aclaratorio:

CLIENTE

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO | COD AGENCIA: 530 | RAMO: 83 | No POLIZA: 994000000284 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT: 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM | IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACIÓN NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

VIGENCIA 2021 - 2022

COBERTURA SEGURO TODO RIESGO
PLAN ESTANDAR

CARATULA DEL SEGURO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD PRESENTADA PARA ESTA POLIZA, LAS CUALES SERAN BASE Y PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA, Y CON SUJECIÓN A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMÁS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CONVIENE EN AMPARAR AL ASEGURADO CONTRA LOS DAÑOS Y/O PÉRDIDAS MATERIALES ORIGINADOS DE MANERA ACCIDENTAL, SÚBITA E IMPREVISTA, PROVENIENTES DE LOS EVENTOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA: [illegible]-1552-NT-P-01-PI5091701044000, SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN SEÑALADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y SE PRESENTEN EN UN PREDIO ESPECIFICADO EN ELLA, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO.

EL CLAUSULADO CITADO LO PUEDE CONSULTAR EN:
HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/RESOURCES/SITE1/GENERAL/CLAUSULADOS/GENERALES/CL-SUSG-14-TODO-RIESGO-DAÑOS%20MATERIALES-25052021.PDF
O
https://segurosdorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-14-todo-riesgo-daÑOS%20materiales-25052021.pdf

AMPARO BASICO CONDICIONES PARTICULARES

DAÑOS
TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES.
EL PRESENTE AMPARO CUBRE TODOS LOS DAÑOS O PÉRDIDAS MATERIALES SÚBITOS, IMPREVISTOS Y ACCIDENTALES, QUE SUFRAN LOS BIENES ASEGURADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA EN LA SECCION "EXCLUSIONES" Y QUE NO ESTÉN CONTEMPLADOS EN LA SECCION "BIENES EXCEPTUADOS" INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LOS RIESGOS DE INCENDIO Y/O RAYO Y SUS EVENTOS ALIADOS A ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE ESTOS BIENES SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES
LAS COBERTURAS DESCRITAS A CONTINUACIÓN SE ENTENDERAN INCLUIDAS EN LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA SOLICITUD EXPRESA DEL TOMADOR O ASEGURADO Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO SUSCRIBIRLAS Y ESTÉN CONSIGNADAS DE CONFORMIDAD CON LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS:

- HUELGA, MOTIN, CONMOCION CIVIL O POPULAR, HUELGA, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y TERRORISMO.
CUANDO LOS DAÑOS O PERDIDAS MATERIALES CUBIERTOS POR LA PRESENTE COBERTURA SEAN ORIGINADOS POR MÁS DE UNO DE LOS EVENTOS DE ESTA COBERTURA, DARÁN ORIGEN A UNA RECLAMACION POR CADA UNA, SIN EXCEDER EN TOTAL DEL VALOR ASEGURADO; PERO SI VARIOS DE ELLOS OCURREN DENTRO DE CUALQUIER PERIODO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS CONSECUTIVAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, SE TENDRÁN COMO UN SOLO SINIESTRO Y LOS DAÑOS O PÉRDIDAS MATERIALES QUE SE CAUSEN DEBERÁN ESTAR COMPRENDIDOS EN UNA SOLA RECLAMACIÓN, SIN EXCEDER EL TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA).

- RIESGOS DE LA NATURALEZA.
INCLUIDO, PERO NO LIMITADO A TERREMOTO, HURACAN Y ERUPCION VOLCANICA, INUNDACIONES, ANEGACION, AVALANCHAS, DESLIZAMIENTOS.
LAS PERDIDAS Y/O DAÑOS MATERIALES ASEGURADOS POR LA PRESENTE COBERTURA DARAN ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN SEPARADA POR CADA UNO DE ESTOS FENOMENOS, SIN EXCEDER EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO; PERO SI VARIOS DE ELLOS OCURREN DENTRO DE CUALQUIER PERIODO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS CONSECUTIVAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, SE ENTENDERÁN COMO UN SOLO SINIESTRO Y LAS PERDIDAS Y DAÑOS QUE CAUSEN DEBERAN ESTAR COMPRENDIDOS EN UNA SOLA RECLAMACIÓN, SIN EXCEDER EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO DE LOS BIENES AFECTADOS).

- ROTURA DE MAQUINARIA.
- EQUIPO ELECTRICO Y ELECTRONICO.
- HURTO CALIFICADO.
- EQUIPOS MÓVILES Y PORTÁTILES.
- ENTES CONTABLES Y
- DINEROS Y TITULOS VALORES 100% FUERA DE CAJA FUERTE, SUBLIMITADO AL 50% DEL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO CONTRATADO EN LA POLIZA, EXCEPTO HURTO SIMPLE Y DESAPARICION MISTERIOSA.

COMO GASTOS DERIVADOS DEL SINIESTRO
EN CASO DE PERDIDAS O DAÑOS DE LOS BIENES ASEGURADOS OCASIONADO POR UN EVENTO AMPARADO POR LA COBERTURA BÁSICA O LAS COBERTURAS OPCIONALES SUSCRITAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, SE INDEMNIZARAN ADEMÁS LOS COSTOS O GASTOS DEFINIDOS A CONTINUACIÓN Y EN QUE RAZONABLEMENTE DEBA INCURRIR EL ASEGURADO:

- GASTOS POR REMOCION DE ESCOMBROS.
- GASTOS DE PRESERVACION DE BIENES.
- GASTOS PARA LA EXTINCIÓN DEL SINIESTRO.
- HONORARIOS PROFESIONALES.
- HONORARIOS DE AUDITORES, REVISORES Y CONTADORES.

CLIENTE

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POR ADJ | COD AGENCIA: 570 | RAMO: 83 | NO POLIZA: 994000000284 | ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT: 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM | IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

- GASTOS DE VIAJE Y ESTADÍA.
- GASTOS ADICIONALES POR CONCEPTO DE HORAS EXTRAS, TRABAJO NOCTURNO, TRABAJO EN DÍAS FERIADOS Y FLETE EXPRESO.
- GASTOS ADICIONALES POR CONCEPTO DE FLETE AÉREO.
- PROCESAMIENTO EXTERNO DE DATOS.

LA SUMA MÁXIMA QUE LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ POR UNA, VARIAS O TODAS LAS «COBERTURAS EN CASO DE SINIESTRO» ANTES ENUMERADAS, QUE SE AFECTEN EN UN SOLO EVENTO, EN NINGÚN CASO PODRÁ SUPERAR EL VEINTE (20%) POR CIENTO DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS BIENES AFECTADOS POR EL SINIESTRO, EXCLUYENDO PARA EL LA SUMA ASEGURADA, PUNTO DE ADICIÓN A ESTE.

ESTIPULACIONES AUTOMÁTICAS A LA COBERTURA
LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS FORMAN PARTE DEL PRESENTE SEGURO Y SE OTORGAN PARA LA COBERTURA BÁSICA Y LAS COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS BAJO LA PRESENTE POLIZA:

- AMPARO DE NUEVOS BIENES, HASTA UN LÍMITE MÁXIMO DE $15,000,000 Y AVISO 30 DÍAS.
- CLÁUSULA DE TARIFAS Y MATERIALES AVISO 30 DÍAS.
- CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BIENES.
- TRASLADO TEMPORAL DE BIENES ASEGURADOS, HASTA UN LÍMITE MÁXIMO DE $15,000,000 Y AVISO 30 DÍAS.

CLÁUSULAS ADICIONALES
LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS FORMAN PARTE DEL PRESENTE SEGURO Y SE OTORGAN PARA LA COBERTURA BÁSICA Y LAS COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS BAJO LA PRESENTE POLIZA, SE EXCLUYE DE ESTA SECCIÓN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, MANEJO GLOBAL Y MANEJO DE VALORES.

AMPLIACIÓN DEL TÉRMINO DEL AVISO DE SINIESTRO A 10 DÍAS; QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EN ESTA AMPLÍA EL PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO, AL ASEGURADO PARA REPORTAR LA EXISTENCIA DE DICHO SINIESTRO DEL CUAL TENGA CONOCIMIENTO, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA.

ANTICIPO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. HASTA EL 50% UNA VEZ DEMOSTRADA MIENTRAS LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, EL MONTO APROXIMADO DE LA PÉRDIDA Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN INDEMNIZAR.

BIENES FUERA DE EDIFICIOS, HASTA EL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE CONTENIDOS, MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE EXCLUYE LO AMPARADO QUE ESTÉ ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, MIENTRAS SE ENCUENTREN FUERA DE LOS EDIFICIOS, SIEMPRE Y CUANDO SE HALLEN DENTRO DE LOS PREDIOS OCUPADOS POR EL ASEGURADO Y SU CONSTRUCCIÓN HAYA SIDO DISEÑADA PARA TAL FIN.

CLÁUSULA DE 72 HORAS, PARA EL CASO DE PÉRDIDAS A CONSECUENCIA DE TERREMOTO, TEMBLOR O EFECTOS VOLCÁNICOS, Y DEMÁS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, DONDE VARIOS DE ESTOS FENÓMENOS OCURRAN DENTRO DE CUALQUIER PERÍODO DE 72 HORAS CONSECUTIVAS, SE CONSIDERARÁ COMO UN SOLO SINIESTRO Y LAS PÉRDIDAS O DAÑOS QUE SE CAUSEN DEBEN ESTAR COMPRENDIDOS, EN UNA SOLA RECLAMACIÓN, SIN EXCEDER DEL TOPE DE LA SUMA ASEGURADA.

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO. EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑÍA, DE UNA PARTE, Y EL ASEGURADO, TOMADOR O BENEFICIARIO, DE LA OTRA, ACUERDAN SOMETER A DECISIÓN DE TRES (3) ÁRBITROS TODAS LAS DIFERENCIAS QUE SE SUSCITEN EN RELACIÓN CON LA CELEBRACIÓN, EJECUCIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO AL CUAL ACCEDE ESTE ANEXO. LOS ÁRBITROS SERÁN NOMBRADOS DE COMÚN ACUERDO POR LAS PARTES O, DE NO SER POSIBLE, SE APLICARÁ LO DISPUESTO POR LAS NORMAS LEGALES VIGENTES. EL LAUDO SERÁ EN DERECHO Y EL TRIBUNAL FUNCIONARÁ EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CLÁUSULA DE ERRORES E INEXACTITUDES. EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO, TENIDO LA SOLICITUD DEL SEGURO SOLICITA POR EL. LA INEXACTITUD O RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DEL TOMADOR, LA COMPAÑÍA PODRÁ ANULAR EL CONTRATO, SI LA INEXACTITUD O RETICENCIA ES IMPUTABLE AL TOMADOR, O PODRÁ ABSTENERSE DE CUBRIR EL SINIESTRO, SI EL TOMADOR INCURRIERE EN ERRORES O INEXACTITUDES INCULPABLES A EL O AL ASEGURADO, EL PRESENTE CONTRATO CUBRIRÁ SOLO EL DAÑO JUSTO PARA LA APLICACIÓN DEL INCISO TERCERO DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE LA PROPORCIÓN APROPIADA. LA APLICACIÓN AUTOMÁTICA. EN ESTE CASO, SE DEBE PAGAR LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

CLÁUSULA DE MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. NO OBSTANTE, LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, SE ESTABLECE UNA EXCEPCIÓN A LO ANTERIOR, SALVO QUE EL ASEGURADO NOTIFIQUE POR ESCRITO A LA ASEGURADORA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EN EL SENTIDO QUE LA ASEGURADORA NO PUEDA RAZONABLEMENTE EXCLUIRLOS DE LA COBERTURA INICIAL LA AGRAVACIÓN Y EL SINIESTRO.

CLÁUSULA DE RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO (EXCEPTO ANDAMIOS, MOTOR, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, ACTOS DE TERRORISMO O SABOTAJE). EN CASO DE SINIESTRO O PÉRDIDA AMPARADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA SUMA ASEGURADA PODRÁ SER RESTABLECIDA DE UNA VEZ, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO DEL ASEGURADO, Y HASTA POR EL VALOR INDEMNIZADO, POR LA CUALIDAD DE LO CUAL EL ASEGURADO SE OBLIGA A PAGAR LA PRIMA LIQUIDADA A PRORRATA DEL MONTO RESTABLECIDO DESDE LA FECHA DE LA OCURRENCIA HASTA EL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DENOMINACIÓN EN LIBROS. LA COMPAÑÍA ACEPTA EL TÍTULO, NOMBRE, DENOMINACIÓN, CONVENCIONALISMO QUE EL ASEGURADO ESTABLEZCA O RECIBA LOS BIENES ASEGURADOS EN SUS REGISTROS O LIBROS DE COMERCIO Y CONTABILIDAD, SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE BIENES DESCRITOS EN LOS PREDIOS ASEGURADOS.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA DECLARA HABER INSPECCIONADO LOS BIENES Y, POR CONSIGUIENTE, DESDE CONSTA LA DEL CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LOS HECHOS, CIRCUNSTANCIAS Y, EN GENERAL, LAS CONDICIONES DE LOS MISMOS AL MOMENTO DE EXPEDIRSE LA INSPECCIÓN. ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO NOTIFICAR A LA COMPAÑÍA ACERCA DE LOS CAMBIOS O ALTERACIONES QUE SUFRA EL RIESGO ASEGURADO BAJO LA PRESENTE POLIZA.

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO | COD AGENCIA: 530 | RAMO: 83 | No POLIZA: 994000000284 | ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT: 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM | IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

INCLUSION DE MUEBLES, ENSERES Y EQUIPOS DE OFICINA. QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE LA POLIZA ANTES INDICADA AMPARA, DENTRO DE LOS PREDIOS ESTABLECIDOS EN LA MISMA, LOS MUEBLES, ENSERES, ELECTRODOMESTICOS, MEJORAS LOCATIVAS, MAQUINAS PARA APILAR LAPICES, PERFORADORAS Y TODA CLASE DE MAQUINAS, ENSERES Y UTENSILIOS DE OFICINA, UBICADOS DENTRO DE LOS PREDIOS DESCRITOS EN LA POLIZA, AUNQUE NO SE HAYA DETERMINADO ESPECIFICAMENTE, CUYO VALOR ESTÁ INCLUIDO EN LA SUMA ASEGURADA.

DEFINICION DE EDIFICIO. ENTIENDASE POR EDIFICIO, PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA PÓLIZA ANTES INDICADA, LAS CONSTRUCCIONES FIJAS CON TODAS SUS ADICIONES O ANEXOS, INCLUYENDO LAS INSTALACIONES PARA AGUAS NO SUBTERRANEAS Y CAÑERIAS SANITARIAS, LAS INSTALACIONES ELECTRICA, APARATOS, MAQUINARIA Y ACCESORIOS ESTACIONARIOS DE CALEFACCIÓN, REFRIGERACION, VENTILACIÓN Y ALUMBRADO, ASCENSORES, CLOSETS, REJAS Y VIDRIOS EN PUERTAS Y VENTANAS, AVISOS, CHIMENEAS, MEJORAS LOCATIVAS, REFACCIONES Y, EN GENERAL, TODOS LOS DEMAS IMPLEMENTOS E INSTALACIONES PERMANENTES QUE FORMEN PARTE DE LAS CONSTRUCCIONES, INCLUYENDO LOS COSTOS DE DIRECCION DE OBRA E INTERVENTORIA. SE EXCLUYEN LOS CIMIENTOS, EL TERRENO, LOS MUROS DE CONTENCION, LAS INSTALACIONES SUBTERRÁNEAS, PATIOS, ACERAS, LOS HONORARIOS POR DISEÑO DE PLANOS, ESTUDIOS DE SUELOS Y CALICATAS DE RESISTENCIA.

DEFINICIÓN DE EQUIPO ELECTRICO Y ELECTRONICO. PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE COMO EQUIPO ELECTRICO TODO EQUIPO DE OFICINA Y ACCESORIOS INDISPENSABLES PARA LLEVAR A CABO LA ACTIVIDAD COMERCIAL DEL ASEGURADO, CUYO FUNCIONAMIENTO DEPENDA DE CIRCUITOS CON COMPONENTES DE NATURALEZA ELECTRONICA, TALES COMO, EQUIPOS DE COMPUTO E IMPRESION (EXCLUYENDO EL SOFTWARE Y LA INFORMACIÓN ALMACENADA EN ELLOS), DE TELEFONIA, DE MEDICIÓN, DE CITOFONIA, DE SONIDO, TELEFAX, REGULADORES DE VOLTAJE, MÁQUINAS REGISTRADORAS Y CALCULADORAS, FOTOCOPIADORAS, TELEVISORES, EQUIPOS DE SONIDO, SISTEMAS DE ALARMA Y MONITOREO QUE SEAN DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O SE ENCUENTREN BAJO SU RESPONSABILIDAD.

DERECHOS SOBRE EL SALVAMENTO. EL ASEGURADO PARTICIPARA PROPORCIONALMENTE EN LA VENTA DEL SALVAMENTO TENIENDO EN CUENTA EL DEDUCIBLE Y EL INFRASEGURO, CUANDO HUBIERE LUGAR A ESTE ULTIMO. SE ENTIENDE POR SALVAMENTO NETO EL VALOR RESULTANTE DE DESCONTAR DEL VALOR DE VENTA DEL MISMO LOS GASTOS REALIZADOS POR LA COMPAÑIA TALES COMO LOS NECESARIOS PARA LA RECUPERACIÓN Y COMERCIALIZACION DE DICHO SALVAMENTO.

DESIGNACION DE AJUSTADORES. QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE, EN CASO DE SINIESTRO AMPARADO POR LA PÓLIZA A LA CUAL ESTE DOCUMENTO SE ADHIERE, QUE REQUIERA LA DESIGNACION DE PERITO AJUSTADOR, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EFECTUARÁ SU CONTRATACION DE COMUN ACUERDO CON EL ASEGURADO.

DESIGNACION DE BIENES. LA COMPAÑÍA DEBE ACEPTAR EL TITULO, NOMBRE, DENOMINACION O NOMENCLATURA CON QUE EL ASEGURADO IDENTIFICA O DESCRIBE LOS BIENES ASEGURADOS EN SUS REGISTROS O LIBROS DE COMERCIO O CONTABILIDAD.

EQUIPOS MOVILES Y/O PORTÁTILES FUERA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS AL 100%. QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE, EN ADICION A LOS TERMINOS, EXCLUSIONES, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA O A ELLA ANEXADAS Y SUJETO AL PAGO PREVIO DE LA PRIMA EXTRA POR PARTE DEL ASEGURADO, ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS DAÑOS O PERDIDAS EN EQUIPOS MÓVILES Y/O PORTATILES ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y HASTA POR EL LIMITE ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ANEXO, MIENTRAS QUE SE HALLEN O SEAN TRANSPORTADOS DENTRO DE LOS LIMITES TERRITORIALES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

BAJO EL PRESENTE ANEXO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NO RESPONDERÁ POR:

DAÑO Y PERDIDAS OCURRIDOS CUANDO LOS BIENES PRECITADOS SE HALLEN ABANDONADOS O DESCUIDADOS, A NO SER QUE ESTEN ENCERRADOS DENTRO DE UN EDIFICIO O UN VEHICULO MOTORIZADO CON LAS DEBIDAS PROTECCIONES COMO ALARMAS O BLOQUEOS DE PUERTAS

HURTO SIMPLE, APLICA SOLO PARA EQUIPOS DE OFICINA EN PREDIOS DEL ASEGURADO

DAÑOS Y PERDIDAS POR CUALQUIER CAUSA, MIENTRAS QUE LOS BIENES PRECITADOS SE HALLEN INSTALADOS EN O SEAN TRANSPORTADOS POR UNA AERONAVE, ARTEFACTOS AÉREOS O EMBARCACIONES.

EXPERTICIO TECNICO. DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO EN CUANTO SI EL SINIESTRO CONSTITUYE UNA PERDIDA TOTAL O PARCIAL O CON RELACIÓN A OTROS ASPECTOS DE ORDEN TECNICO, LA SITUACION SERA SOMETIDA A DECISION DE INGENIEROS, PERITOS O TECNICOS EXPERTOS EN LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLA EL ASEGURADO, SEGÚN LOS INTERESES AFECTADOS POR EL SINIESTRO, SIGUIENDO EL PROCEDIMIENTO QUE PARA TAL REGULACIÓN PREVÉN LOS ARTÍCULOS 2026 Y SIGUIENTES DEL CODIGO DEL COMERCIO.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO. LOS CAMBIOS O MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, SERÁN ACORDADO MUTUAMENTE ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL CONTRATO DE SEGUROS.

NO OBSTANTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA SE PRESENTAN MODIFICACIONES EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO, LEGALMENTE APROBADAS QUE REPRESENTEN BENEFICIO A FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS.

NO CONCURRENCIA DE DEDUCIBLES. DE PRESENTARSE UN EVENTO INDEMNIZABLE BAJO LA PRESENTE POLIZA QUE AFECTE DOS O MAS ARTICULOS O BIENES AMPARADOS Y, SI EN LOS MISMOS FIGURAN DEDUCIBLES MINIMOS DIFERENTES, PARA LOS EFECTOS DE LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO SE APLICARA EL MENOR DE LOS DEDUCIBLES.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN A CONTRATISTAS O PROVEEDORES. MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO EL ASEGURADO SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, MEDIANTE LA REPARACIÓN, Y/O REPOSICION DEL BIEN O BIENES AFECTADOS, O MEDIANTE GIRO A LOS CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES DE SERVICIOS O SUMINISTRO DE ESTOS O OTROS SIMILARES CON LOS CUALES EL ASEGURADO DECIDA CONTRATARLOS, Y LA COMPAÑÍA A PETICIÓN ESCRITA DE LA ENTIDAD ASEGURADA, EFECTUARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, HASTA EL MONTO DE SU RESPONSABILIDAD, BAJO ESTAS CONDICIONES.

REVOCACIÓN POLIZA CON AVISO 30 DIAS. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA PODRÁ REVOCAR ESTA POLIZA O ALGUNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES EN CUALQUIER TIEMPO, PERO DEBE DAR AVISO AL ASEGURADO POR ESCRITO SOBRE ESTA DETERMINACION CON UNA ANTICIPACION DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVIO DE LA COMUNICACION CORRESPONDIENTE.
ADEMÁS, DEVOLVERÁ AL ASEGURADO LA PROPORCIÓN DE PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO QUE FALTE PARA EL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA LIQUIDADA A PRORRATA. SI EL ASEGURADO REVOCA LA POLIZA, LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO TRANSCURRIDO SERÁ CALCULADA SEGÚN LA TARIFA VIGENTE PARA SEGUROS DE CORTO PLAZO.

CLIENTE

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA [illegible] COD AGENCIA [illegible] RAMO [illegible] NO POLIZA 994000000284 ANEXO [illegible]

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE

IDENTIFICACION NIT 890.980.866-4

ASEGURADO VER CERTIFICADOS POR ITEM

IDENTIFICACION

BENEFICIARIO E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE

IDENTIFICACION NIT

## TEXTO DE LA POLIZA

[illegible]

AMPARO BASICO

- INCENDIO Y/O RAYO: INCLUIDA EXPLOSIÓN, CAIDA, HUMO GENERADO POR ESTOS EVENTOS. EXTENDED COVERAGE (CAIDA ACCIDENTAL DE AERONAVES, OBJETOS QUE SE DESPRENDAN O CAIGAN DE ELLAS, CHOQUE O IMPACTO DE VEHICULOS TERRESTRES O DE ANIMALES, CAIDA DE ARBOLES, POSTES, TORRES, VALLAS O PODAS O CORTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, TORNADO, VIENTOS FUERTES (HURACANES A SU PASO), CAIDA DE GRANIZO, DERRAME ACCIDENTAL) 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1 SMMLV (SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE).
- RIESGOS DE LA NATURALEZA:
  TERREMOTO, HURACÁN Y ERUPCIÓN VOLCANICA: 2% APLICABLE SOBRE EL VALOR ASEGURABLE DE CADA UNO DE LOS ARTICULOS DE LA POLIZA AFECTADOS POR EL SINIESTRO, PERO EN NINGÚN CASO PRIMAS INFERIORES A TRES (3) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES A LA FECHA DEL SINIESTRO.
- INUNDACIONES, AVALANCHA, DESLIZAMIENTO: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 2 SMMLV.

- RACCP, AMIT, TERRORISMO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO 2 SMLMV.
- EQUIPO ELECTRONICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 2 SMLMV.
- MAQUINARIA Y EQUIPO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO 2 SMLMV.
- DAÑO INTERNO POR ROTURA DE MAQUINARIA
  PARA EQUIPOS CON VALORES HASTA $8,000,000: 10% DEL SINIESTRO, MÍNIMO 1.5 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $8,000,001 A $30,000,000: 10% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $30,000,001 A $120,000,000: 15% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 4 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $120,000,001 A $360,000,000: 20% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 10 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $360,000,001: 30% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 15 SMMLV
  DEMÁS EVENTOS 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1.5 SMMLV
- DAÑO INTERNO PARA EQUIPO ELECTRONICO.
  PARA EQUIPOS CON VALORES HASTA $8,000,000: 10% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1.5 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $8,000,001 A $30,000,000: 10% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $30,000,001 A $120,000,000: 15% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 4 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $120,000,001 A $360,000,000: 20% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 10 SMMLV
  PARA EQUIPOS CON VALORES SUPERIORES A $360,000,001: 30% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 15 SMMLV
  DEMÁS EVENTOS 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1.5 SMMLV
- EQUIPO MEDICO, CADA Y CADA PÉRDIDA:
  DAÑO INTERNO CON VALOR HASTA COL $10,000,000 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO 1.5 SMMLV
  DAÑO INTERNO DESDE COL $10,000,001 HASTA COL $100,000,000 15% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO 4 SMMLV
  DAÑO INTERNO DESDE COL $100,000,001 HASTA COL $500,000,000 20% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO 10 SMMLV
  DAÑO INTERNO MAYOR A COL $500,000,001 30% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO 10 SMMLV
- HURTO CALIFICADO: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV.
- HURTO SIMPLE: APLICA SOLO EN PREDIOS DEL ASEGURADO + 15% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1.5 SMMLV.
  SUSTRACCIÓN DE VALORES DENTRO DE CAJA FUERTE EN PREDIOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1 SMMLV.
  SUSTRACCIÓN DE VALORES FUERA DE CAJA FUERTE EN PREDIOS: 15% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1 SMMLV.
- EQUIPOS MÓVILES Y PORTÁTILES:
  RIESGOS DE LA NATURALEZA: 2% APLICABLE AL VALOR ASEGURABLE DE CADA UNO DE LOS ARTÍCULOS DE LA POLIZA AFECTADOS POR EL SINIESTRO, PERO EN NINGÚN CASO SERÁN INFERIORES A TRES (3) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES A LA FECHA DEL SINIESTRO.
  HURTO CALIFICADO: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1.5 SMMLV.
  DEMÁS EVENTOS EQUIPOS MÓVILES Y PORTÁTILES: SEGÚN MONTO AFECTADO

- DEMÁS EVENTOS 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 1 SMMLV.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO | COD AGENCIA: 530 | RAMO: 83 | No POLIZA: 994000000284 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT: 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM | IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

CONDICIONES PARTICULARES

ANTIGUEDAD DEL EQUIPO.....DEMERITO (%)
DE 0 A 1 AÑO.....0%
MAS DE 1 Y MENOS DE 5 AÑOS.....20%
MAS DE 5 Y MENOS DE 10 AÑOS.....40%
MAS DE 10 AÑOS.....60%

EXCLUSIONES PARTICULARES

SIN PERJUICIO A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA SECCION SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PROPIAS PARA LA COBERTURA BASICA Y LAS CONDITURAS OPCIONALES CONTRATADAS SE EXCLUYE DE MANERA PARTICULAR CUALQUIER PERDIDA Y O DAÑO Y/O RECLAMACIÓN Y/O GASTO QUE SEA O SEAN CAUSADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE «POR», O QUE SURJAN «CON», O ESTEN RELACIONADOS «CON»:

HURTO QUE AFECTEN ARTICULOS O BIENES QUE SE ENCUENTREN FUERA DE LAS EDIFICACIONES, A MENOS QUE DICHOS ARTICULOS O BIENES ESTÉN DESTINADOS O QUE POR SU NATURALEZA DEBAN O DEBEN ESTAR FUERA DE ESTAS.
COSTOS POR ARRENDAMIENTO TEMPORAL.
DISMINUCION DE INGRESOS POR ARRENDAMIENTO.
LUCRO CESANTE.
DAÑO CESANTE POR EQUIPOS ELECTRICOS Y ELECTRÓNICOS Y HURTO Y HURTO CALIFICADO.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

AMPARO BASICO
LA ASEGURADORA SE OBLIGA, BAJO LAS CONDICIONES DE ESTA POLIZA, A INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, DERIVADA DE DAÑOS A LOS BIENES Y LESIONES CORPORALES A TERCEROS, OCURRIDAS EN EL DESARROLLO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL ASEGURADO, DENTRO DE LOS PREDIOS INDICADOS EN LA POLIZA.
1. POSESIÓN, MANTENIMIENTO, USO U OCUPACIÓN DE BIENES INMUEBLES PERTENECIENTES A LA EMPRESA.
2. LABORES Y OPERACIONES DEL ASEGURADO DENTRO DEL GIRO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA EMPRESA.
3. LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR TERCEROS PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS O RECREATIVAS QUE EL ASEGURADO DIRECTAMENTE LLEVE A EFECTO EN LOS PREDIOS DE LA EMPRESA.
4. PERJUICIOS CORPORALES O DAÑOS MATERIALES CAUSADOS POR AVISOS O VALLAS DE PROPAGANDA, COLOCADOS POR EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS DE LA EMPRESA.
5. LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES CAUSADOS POR ANIMALES DOMÉSTICOS BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, DENTRO DE LOS PREDIOS DE LA EMPRESA ASEGURADA, SE EXCLUYEN DE ESTA COBERTURA LOS ANIMALES CONSIDERADOS COMO POTENCIALMENTE PELIGROSOS.
6. LOS PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS IMPUTABLES AL ASEGURADO, POR DAÑOS MATERIALES DE VEHICULOS SIN CONSIDERAR LOS ACCESORIOS O CONTENIDO DE LOS MISMOS, EN VIRTUD DE LA POSESIÓN O USO DE PARQUEADEROS DENTRO DE LOS PREDIOS DE LA EMPRESA SIEMPRE QUE SE ENCUENTREN EN PREDIOS CERRADOS Y VIGILADOS Y EXISTA CONTROL Y REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE PERSONAS Y VEHICULOS.
7. USO DE ASCENSORES, ELEVADORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS AUTOMATICAS.
8. USO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO DE CARGUE, DESCARGUE Y TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
9. INSTALACIONES SOCIALES O DEPORTIVAS, DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
10. EVENTOS SOCIALES ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.
11. VIAJES DE FUNCIONARIOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL, EN DESARROLLO DE ACTIVIDADES INHERENTES AL GIRO DEL NEGOCIO DEL ASEGURADO.
12. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.
13. OPERACIÓN Y USO DE DEPÓSITOS, TANQUES Y TUBERÍAS DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
14. DAÑOS A BIENES O LESIONES CORPORALES A TERCEROS CAUSADOS POR EL USO RAZONABLE DE LA FUERZA EJERCIDA CON EL PROPOSITO DE PROTEGER A LAS PERSONAS Y/O A LOS BIENES DE LA EMPRESA, POR PARTE DEL PERSONAL DE VIGILANCIA, VINCULADO DIRECTAMENTE POR CONTRATO DE TRABAJO CON EL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL PERSONAL DE VIGILANCIA SEA SUMINISTRADO AL ASEGURADO POR UNA FIRMA ESPECIALIZADA LEGALMENTE CONSTITUIDA, ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PÓLIZA QUE PARA TAL FIN DEBE TENER CONTRATADA LA FIRMA ESPECIALIZADA.
15. DAÑO PATRIMONIAL (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE) Y EXTRAPATRIMONIAL (DAÑO MORAL Y DAÑO FISIOLOGICO); CON ESTE AMPARO SE CUBREN LAS INDEMNIZACIONES DERIVADAS DE DAÑOS MORALES Y/O PERJUICIOS FISIOLÓGICOS, SIEMPRE Y CUANDO SE DERIVEN DE UN DAÑO FÍSICO Y/O MUERTE DE LA VICTIMA (SEGUN CONDICIONADO).

AMPAROS ADICIONALES
ESTOS NO PODRÁN EXCEDER LOS LIMITES DE RESPONSABILIDAD INDICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, SON SUBLIMITADOS Y HACEN PARTE DEL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA DE RCE Y NO EN EXCESO A ELLA:

CONDICIONES PARTICULARES

CLIENTE

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN — COD AGENCIA: 530 — RAMO: 275 — No POLIZA: 994000000284 — ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE — IDENTIFICACION NIT: 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM — IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE — IDENTIFICACION NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA SECCION SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA «NOM» PARA LA COBERTURA DE «LO» SE EXCLUYE DE MANERA PARTICULAR CUALQUIER PERDIDA Y/O DAÑO Y/O RECLAMACIÓN Y/O GASTO QUE SEA O SEAN CAUSADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE «POR», O QUE SURJAN «DE», O ESTEN RELACIONADOS «CON»: HURTO Y HURTO CALIFICADO, CONTAMINACION Y POLUCION, ACTOS TERRORISTAS, RC PROFESIONAL, RC CONTRACTUAL, RC PRODUCTOS, BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL, RC POR PRACTICAS DE LABORATORIO, RC POR IMPERICIA PROFESIONALES, RC MEDICA, RC POR SUMINISTRO DE PRODUCTOS Y MEDICAMENTOS, RC DERIVADOS DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA, RC DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

CLAUSULAS ADICIONALES:
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS: EN EXCESO DE LAS SUMAS QUE LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS DEBEN TENER VIGENTES, HASTA EL 25% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PATRONAL: EN EXCESO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EXCLUYE RECLAMACIONES POR ENFERMEDAD PROFESIONAL HASTA EL 25% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARQUEADEROS: HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 40% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA. EXCLUYE EL HURTO Y HURTO CALIFICADO DE VEHICULOS, ACCESORIOS Y CONTENIDOS.
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS) OPERA EN EXCESO DE $50,000,000 MILLONES (CINCO CONSECUENCIA DE LA OPERACIÓN EN EL GIRO NORMAL DE SU ACTIVIDAD ASEGURADA. HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 40% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL: HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 40% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL CON ESCOLTAS DE CELADORIA, VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA (OTRAS DE ESCOLTAS O POLICIA EXCEPTUADAS POR LA LEY PARA ESTE TIPO DE ACTIVIDADES). HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO INMEDIATAMENTE POR ENCIMA ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.
- GASTOS MEDICOS: HASTA EL 5% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 15% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.
- GASTOS DE DEFENSA: HASTA EL 2% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR EVENTO Y 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO POR VIGENCIA.

DEDUCIBLES:
- BÁSICO: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV.
- DEMAS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV.
- GASTOS MEDICOS: 15% DEDUCIBLE.

HANDLE GLOBAL SECTOR OFICIAL
LA ASEGURADORA, INDEMNIZARA CON SUJECION A LAS CONDICIONES, AMPAROS Y LÍMITE DE VALOR ASEGURADO, CONSIGNADOS EN LA PRESENTE POLIZA, LA PERDIDA ECONOMICA QUE SUFRA LA ENTIDAD ESTATAL A CONSECUENCIA DE ACTOS QUE SE TIPIFIQUEN COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA, Y MOTIVO POR SENTENCIA CONDENATORIA EN PRIMERA INSTANCIA (CARGO(S) INDICADO(S) EN LA SOLICITUD, EN LA CARATULA DE LA POLIZA O ENDOSO ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA CONDUCTA QUE DA ORIGEN AL DAÑO TENGA LUGAR DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES AMPAROS, SALVO LO DISPUESTO EN LA CONDICION 3. "EXCLUSIONES".

AMPARO BASICO
- DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA.
- RESPONSABILIDAD FISCAL.
- PERDIDA O DESAPARICION DE CUENTAS.

AMPAROS OPCIONALES
- PERDIDAS CAUSADAS POR TRABAJADORES NO IDENTIFICADOS: HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO.
- INFIDELIDAD DE EMPLEADOS Y DE FIRMAS ESPECIALIZADAS: HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL BÁSICO.
- AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS: ACTO DE PODER.

DEDUCIBLES:
- BÁSICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO 1 SMMLV.
- DEMAS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO 1 SMMLV.

ANEXO [illegible] AMPARO ADICIONAL PARA OTROS MOVIMIENTOS

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL CUBRE, HASTA EL VALOR ASEGURADO PACTADO EXPRESAMENTE EN LAS [illegible] DE LA PRESENTE [illegible], SIN LAS LIMITACIONES AQUI PREVISTAS, EL VALOR DE LAS UNIDADES DE MANTENIMIENTO, POR LOS DAÑOS MATERIALES DIRECTOS QUE SUFRA EL ESTATAL, IMPREVISTOS Y ACCIDENTALES, QUE SUFRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE CUALQUIER ACCION O FALTA DE LA [illegible] ASEGURADO GENERAL EN LA SECCIÓN "EXCLUSIONES" Y QUE NO ESTEN CONTEMPLADOS EN LA SECCION "BIENES EXCLUIDOS".

LIMITE ASEGURADO POR EVENTO $XXX,XXX,XXX Y VIGENCIA XXXXXXXX
SEGÚN RELACION DETALLADA SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO Y UBICADAS EN UBICACIÓN: CALLE [illegible] CRA [illegible] LA UNION, [illegible] ASEGURADOS EN LAS MERCANCIAS PROPIAS O BAJO

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN  COD AGENCIA: 530  RAMO: 83  No POLIZA: 994000000284  ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE  IDENTIFICACION: NIT 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM  IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE  IDENTIFICACION: NIT

## TEXTO DE LA POLIZA

NOMBRE DEL BIOLOGICO  COSTO DE BIOLOGICO  CANTIDAD  VALOR TOTAL ASEGURADO

BCG.....1.899.....140..... $ 26,880.0
DPT (DIFTERIA TETANTE..46.899.....28..... $ 1,368,371.0
DPT ACELULAR DE NIÑO...46.899.....5..... $ 234,495.0
HEPATITIS A.....365.....60..... $ 21,900.0
FIEBRE AMARILLA.....4.963.....40..... $ 199,320.0
HEPATITIS B.....2.819.....18..... $ 50,742.0
HEPATITIS A.....31.336.....53..... $ 1,660,808.0
INFLUENZA ADULTO.....5.8.....200..... $ 1,160,000.0
INFLUENZA NIÑO.....5.8.....60..... $ 290,000.0
ROTAVIRUS.....4.88.....70..... $ 341,600.0
SRP (TRIPLE VIRAL).....5.2.....85..... $ 442,000.0
POLIO ORAL.....574.....115..... $ 66,585.0
ROTAVIRUS.....20.944.....40..... $ 837,760.0
TD.....484.....30..... $ 14,520.0
DPT.....12,433.....79..... $ 982,207.0
TD.....32.3.....35..... $ 1,130,500.0
VARICELA.....69.863.....83..... $ 5,798,629.0
VPH.....41,404.....52..... $ 2,153,248.0
TERINGA NUMERO 22.....719.....128..... $ 28,032.0
TERINGA NUMERO 23.....204.....1119..... $ 228,276.0
TERINGA NUMERO 24.....175.....500..... $ 46,500.0
TERINGA NUMERO 26.....158.....18..... $ 2,844.0
RABIA.....819.....650..... $ 532,350.0
VACUNA JANSSEN.....28,283.....20..... $ 565,780.0
VACUNA PFIZER.....48,176.....20..... $ 963,520.0
VACUNA MONOVAC.....21,434.....20..... $ 428,680.0
VACUNA MODERNA.....109,829.....20..... $ 2,196,580.0
TOTAL VALOR ASEGURADO.....$ 25,059,387.0

DEDUCIBLES:

- PARA EVENTOS RELACIONADOS CON INCENDIO Y/O RAYO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 2 SMMLV.
- PARA EXTORSION CON VIOLENCIA / HURTO CALIFICADO: 20% DEL VALOR DE LA PERDIDA MÍNIMO 2 SMMLV.
- PARA EQUIPOS RELACIONADOS CON ROTURA DE MAQUINARIA Y/O DAÑO INTERNO: 20% DEL VALOR DE LA PERDIDA MÍNIMO 5 SMMLV.
- DEMAS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 2 SMMLV.
- PARA RIESGOS DE LA NATURALEZA: APLICAN LOS DEDUCIBLES PACTADOS EN LA PÓLIZA.

GARANTIAS:

- LA UNIDAD DE REFRIGERACION ESPECIFICADA EN LA PRESENTE COBERTURA DEBE ESTAR AMPARADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.
- AVANZAR EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE RED DE FRIO Y ULTRA CONGELACIÓN; ASÍ COMO CONTAR CON LOS EQUIPOS CALIBRADOS PARA EL CONTROL DE TEMPERATURA (REFRIGERACIÓN Y ULTRACONGELACIÓN) Y HUMEDAD RELATIVA.
- CONTAR CON PLANTA ELECTRICA CON TRANSFERENCIA AUTOMATICA Y GARANTIZAR EL COMBUSTIBLE PARA SU FUNCIONAMIENTO.
- EL FRIGORIFICO DEBE PERMANECER CONECTADO DIRECTAMENTE A LA RED GENERAL, DEBIDAMENTE COMO DE USO EXCLUSIVO, DEBE DISPONER DE UN SUMINISTRO A DE UN SISTEMA DE ALARMA.
- REALIZAR LA TOMA DE TEMPERATURAS DE ALMACENAMIENTO LOS VECES AL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO DEBEN LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA O IMPLEMENTAR SISTEMAS DE MONITOREO CONTINUO PARA SU VERIFICACIÓN.
- CUMPLIR CON LA POLITICA DE FRASCOS ABIERTOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES PARA CADA BIOLOGICO.
- EL ASEGURADO CUMPLIRA, DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE LAS BIENES REFRIGERADOS, CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y CONSERVACIÓN ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE.

EXCLUSIONES GENERALES:

NO SE CUBREN LAS RECLAMACIONES, LOS DAÑOS O PERDIDAS MATERIALES O LA DESTRUCCIÓN FÍSICA QUE SUFRAN LOS BIENES ASEGURADOS, ASÍ COMO LOS DEMAS PERJUICIOS, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN HAYAN SIDO CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE PORQUE SEAN RESULTANTES O DERIVADAS DE, O QUE CONSISTAN EN:

1. DAÑOS EN LOS BIENES REFRIGERADOS ALMACENADOS A CAUSA DE MERMA, VICIOS O DEFECTOS INHERENTES, DESCOMPOSICIÓN NATURAL, VERTIMIENTO O EVAPORACIÓN.
2. DAÑOS POR ALMACENAJE INADECUADO, DAÑOS EN MATERIAL DE EMBALAJE, DAÑOS POR CIRCULACIÓN INSUFICIENTE DE AIRE O FLUCTUACIONES EN LA TEMPERATURA, QUE NO SEAN CAUSADAS POR ROTURA DE MAQUINARIA DE LAS UNIDADES DE REFRIGERACIÓN.
3. DAÑOS A PÉRDIDAS MATERIALES QUE AFECTEN BIENES REFRIGERADOS ALMACENADOS EN CÁMARAS FRIGORÍFICAS DE ATMÓSFERA CONTROLADA.
4. DAÑOS O PÉRDIDAS MATERIALES QUE AFECTEN BIENES REFRIGERADOS QUE, AL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO, NO SE HALLEN ALMACENADOS EN CÁMARAS FRIGORÍFICAS.
5. DAÑOS QUE RESULTEN DE LA REPARACIÓN PROVISIONAL DE LAS UNIDADES DE REFRIGERACIÓN ESPECIFICADAS EN LA RELACIÓN DE MAQUINARIA.
6. FALLAS EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA RED PÚBLICA.

CLIENTE

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO | COD AGENCIA: 530 | RAMO: 03 | NO POLIZA: 994000000284 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT: 890.980.866-4

ASEGURADO: VER CERTIFICADOS POR ITEM | IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | IDENTIFICACION NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

A DAÑOS O PERDIDAS MATERIALES EN LOS BIENES REFRIGERADOS CUANDO EL ASEGURADO NO LLEVA UN LIBRO DE ALMACENAJE CON REGISTROS DIARIOS QUE PERMITAN DEDUCIR PARA CADA CÁMARA FRIGORÍFICA EL TIPO, CANTIDAD Y VALOR DE LOS BIENES REFRIGERADOS ALMACENADOS, AUTOMÁTICAMENTE AL FIN DEL PERIODO DE ALMACENAJE.
A HURTO SIMPLE Y DESAPARICIÓN MISTERIOSA.

GARANTIAS

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTICULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUIEN EXPRESAMENTE DECLARARÁ Y CONSIENTE QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS A CONTINUACIÓN MENCIONADAS, EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

SECCIÓN 1. PÉRDIDAS Y DAÑOS MATERIALES

- EXTINTORES: DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, MANTENER INSTALADOS LOS EXTINTORES NECESARIOS Y ADECUADOS PARA PROTEGER TODAS LAS INSTALACIONES, TOMANDO COMO GUÍA LO ESTABLECIDO EN LA NORMA NFPA-10. ESTOS DEBERÁN PERMANECER EN BUEN ESTADO, CON CARGA VIGENTE (MÁXIMO 1 AÑO), DEBIDAMENTE SEÑALIZADOS Y UBICADOS EN UN LUGAR VISIBLE Y DE FÁCIL ACCESO. A LOS EFECTOS DE LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SE ENTIENDE POR EXTINTORES SUFICIENTES, UNO, POR CADA 200M2 DE ÁREA CONSTRUIDA DE LA EMPRESA, SE DEBE CONTAR POR LO MENOS CON UN EXTINTOR DE TIPO MANERA SE ENTIENDE POR EXTINTORES ADECUADOS, QUE LAS ÁREAS EN DONDE SE CONCENTRA MATERIA PRIMA COMBUSTIBLE TALES COMO PAPEL, PLÁSTICOS, TEXTILES, ETC., DEBEN ESTAR PROTEGIDAS CON EXTINTORES TIPO A DE MÍNIMO 2 1/2 GAL. DE CAPACIDAD, LAS ÁREA EN DONDE SE CONCENTRA MATERIAL PROPENSO A INCENDIARSE TALES COMO GASOLINA, DISOLVENTES, ETC., LO MISMO QUE LAS ÁREAS DE DONDE SE CONCENTRA MAQUINARIA CON COMPONENTES ELECTRÓNICOS, DEBEN ESTAR PROTEGIDAS CON EXTINTORES TIPO BC DE MÍNIMO 20 LB. DE CAPACIDAD, LAS ÁREAS EN DONDE SE CONCENTRA MATERIAL SÓLIDO COMBUSTIBLE, COMO PRODUCTOS INFLAMABLES Y/O MAQUINARIA, DEBEN ESTAR PROTEGIDAS CON EXTINTORES TIPO ABC DE MÍNIMO 20 LB. DE CAPACIDAD, LAS ÁREAS EN DONDE SE ENCUENTRAN EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y/O MAQUINARIA CON COMPONENTES ELECTRÓNICOS, DEBEN ESTAR PROTEGIDAS CON EXTINTORES TIPO DIÓXIDO DE CARBONO DE MÍNIMO 15 LBS. DE CAPACIDAD.

- CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO DE MERCANCÍA (MATERIAS PRIMAS, PRODUCTO EN PROCESO Y PRODUCTO TERMINADO): DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA LAS MERCANCÍAS SUSCEPTIBLES A DAÑO POR AGUA, DEBEN SER ALMACENADAS A UNA ALTURA SUPERIOR A LOS 10 CM SOBRE EL NIVEL DEL PISO, PARA LOS PASILLOS ENTRE PILAS ALMACENADAS, DEBE SER AL MENOS IGUAL A LA MITAD DE LA ALTURA DE LA PILA Y DEBEN ESTAR COMPLETAMENTE DESPEJADOS, ADEMÁS EXISTIR UNA DISTANCIA MÍNIMA DE 30 CM ENTRE LA MERCANCÍA Y MUROS, CIELORRASOS, AIRE, LÍNEAS DE LUCES, LÁMPARAS, TOMAS DE CORRIENTE, APARATOS ELÉCTRICOS O CUALQUIER EQUIPO QUE PRODUZCAN CALOR. LA MÁXIMA ALTURA DE APILAMIENTO PERMITIDA A LA ENTRADA DE LOS DEPÓSITOS ES DE 3 M.

-MANTENIMIENTO CANALES, BAJANTES Y CUBIERTAS: DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, EL ASEGURADO DEBE REALIZAR MANTENIMIENTO A LOS CANALES, BAJANTES Y CUBIERTAS DE LAS INSTALACIONES COMO MÍNIMO CADA SEIS MESES, DEJANDO REGISTRO DOCUMENTADO O BITÁCORA DE DICHA LABOR.

-CONDICIONES PARA LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS: DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA POLIZA DEBE VERIFICARSE EL CORRECTO ACONDICIONAMIENTO DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS Y SU RESPECTIVO MANTENIMIENTO COMO MÍNIMO CADA 6 MESES, QUE INCLUYA ASEGURAR TODOS LOS CIRCUITOS DE DISTRIBUCIÓN DE ENERGÍA, ELIMINAR EL USO DE EXTENSIONES COMO MEDIO PERMANENTE DE CONEXIÓN Y CIERRE DE LOS CIRCUITOS DE CADA UNO, TABLEROS DE DISTRIBUCIÓN DE ENERGÍA, PUNTOS DE CABLEADO EXPUESTO, LUMINARIAS, INTERRUPTORES Y TOMAS ELÉCTRICAS.
-EQUIPOS CONTRA ELÉCTRICIDAD: DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE MANTENER PUESTA A TIERRA Y SUJETAS A NORMAS DE REGULACIÓN TALES COMO REGULADORES DE VOLTAJE (ESTABILIZADORES) A LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, ASÍ MISMO SE DEBE GARANTIZAR EL CORRECTO CONOCIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL SISTEMA, REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN, EVIDENCIAR LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO POR MEDIO DE HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS.

-CONTRATO MANTENIMIENTO (TERCEROS) EQUIPO ELECTRÓNICO: DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE CONTRATAR UN PROVEEDOR CAPACITADO Y CERTIFICADO PARA REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y REVISIÓN GENERAL CADA SEIS MESES A TODOS LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS, DEJANDO REGISTRO DOCUMENTADO O BITÁCORA DE DICHA LABOR.

-MANTENIMIENTO DE EQUIPO Y MAQUINARIA POR PERSONAL CERTIFICADO: DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, EL ASEGURADO DEBE REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SUGERIDO POR EL FABRICANTE EN EL MANUAL DE USO Y REPARACIÓN DE LA MAQUINARIA Y EQUIPO QUE SE ENCUENTRE EN LAS INSTALACIONES, EL MANTENIMIENTO DEBE SER REALIZADO POR PERSONAL CERTIFICADO O CON EL LAPSO PACTADO EN LOS TIEMPOS DE GARANTÍA DADOS POR EL FABRICANTE, DEJANDO REGISTRO DOCUMENTADO O BITÁCORA DE CADA MAQUINA Y EQUIPO.

-PROTECCIÓN CONTRA VANDALISMO: EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, EL ASEGURADO DEBE MANTENER EL SERVICIO DE VIGILANCIA PARA EL PERSONAL ESTABLECIDO, DEBIDAMENTE CAPACITADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA. PARA LOS CASOS EN LOS QUE NO SE CUENTE CON LA DEBIDA VIGILANCIA, EL ASEGURADO DEBE CONTAR CON LLAVES DE LAS CERRADURAS DE ACCESO AL PREDIO, DE TAL FORMA QUE SOLAMENTE LA PERSONA AUTORIZADA PARA TAREA NO DEBE POR

# TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POBLADO | COD AGENCIA: 530 | RAMO: 83 | No POLIZA: **994000000284** | ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** | IDENTIFICACION NIT: **890.980.866-4**

ASEGURADO: **VER CERTIFICADOS POR ITEM** | IDENTIFICACION:

BENEFICIARIO: **E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE** | IDENTIFICACION NIT:

## TEXTO DE LA POLIZA

REJAS VENTANAS: DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE MANTENER INSTALADAS REJAS EN TODAS LAS VENTANAS EXTERIORES DEL PRIMER Y SEGUNDO PISO DE LA ESTRUCTURA.
REJAS CLARABOYAS: DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE MANTENER INSTALADAS REJAS EN TODAS LAS CLARABOYAS DE LA ESTRUCTURA. DE ACUERDO A LO ANTERIORMENTE MENCIONADO SE ENTIENDE POR CLARABOYA LA ABERTURA PRACTICADA EN UNA CUBIERTA O TERRAZA QUE PERMITE LA ENTRADA DE LUZ.

SECCION III - MANEJO GLOBAL COMERCIAL

ARQUEO O CORTE DE CUENTA: PRACTICAR UN ARQUEO O CORTE DE CUENTAS POR LO MENOS ANUALMENTE, PARA LOS COBRADORES, CAJEROS, MENSAJEROS, VISITADORES, AUXILIARES Y PAGADORES AMBULANTES Y TODO AQUEL QUE MANEJE DINERO, TITULOS VALORES EL ARQUEO SERA DIARIO, Y A LOS DEMAS EMPLEADOS EL ARQUEO SE HARA MENSUALMENTE. LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

VERIFICACION DATOS (SOLICITUD DE EMPLEO): VERIFICAR LOS DATOS CONTENIDOS EN LA SOLICITUD DE EMPLEO DEL ASPIRANTE CON ANTERIORIDAD A SU INCLUSION EN LA PRESENTE POLIZA.

RELACION DE NUEVOS CARGOS (FUNCIONARIOS): SUMINISTRAR A LA COMPAÑIA UNA RELACION DE LOS NUEVOS CARGOS DENTRO DE LOS VEINTE (20) DIAS SIGUIENTES A SU CONTRATACION.
LIMITE PACTADO (MANEJO DE DINERO): NO EXCEDER EL LIMITE PACTADO PARA EL MANEJO DE DINERO EN EFECTIVO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA PARA CADA TIPO DE EMPLEADO CUYA LABOR SEA LA DE COBRAR, SIN IMPORTAR SU CARGO NI LA ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑE.
VACACIONES (CONTRATO LABORAL - SERVICIOS): TODAS LAS PERSONAS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, YA SEA CON CONTRATO LABORAL O POR MEDIO DE EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES O OTRO TIPO DE CONTRATACION, DEBEN TOMAR VACACIONES AL MENOS UNA VEZ AL AÑO DURANTE DIAS CALENDARIO CONTINUOS.

SECCION IV - RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

CAPACITACION DEL PERSONAL: DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO DEBE SUMINISTRAR AL PERSONAL A SU CARGO, LA CAPACITACION NECESARIA PARA PODER DESEMPEÑAR SUS LABORES ADECUADAMENTE, SE DEBE DEJAR UN REGISTRO DOCUMENTADO DE LAS CAPACITACIONES DESARROLLADAS. ASI MISMO LA EMPRESA DEBE CONTAR CON UN CRONOGRAMA PREESTABLECIDO DE LAS CAPACITACIONES ANUALES A REALIZAR SEGÚN EL CARGO A DESEMPEÑAR.

SALUD OCUPACIONAL: DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO DEBE CONTAR CON UN PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA LEY. TANTO LOS EMPLEADOS COMO LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS DEBEN ENCONTRARSE AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCION Y SEGURIDAD SOCIAL SEGUN LO ESTABLECIDO POR LA LEY.

VIGILANCIA EN PARQUEADEROS: DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA LOS PARQUEADEROS PROPIEDAD DEL ASEGURADO DEBEN CONTAR COMO MINIMO CON UNA PERSONA ENCARGADA DE LA VIGILANCIA DE LOS VEHICULOS PARQUEADOS EN EL MISMO DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE ENCUENTRE EL PARQUEADERO EN FUNCIONAMIENTO.

LA PRESENTE POLIZA DE TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES SECTOR ESTATAL SE RIGE POR EL CLAUSULADO 31/05/2024-1502-P-07-CENIA-CL-3080-27-IPAC

CLIENTE

# LISTADO DE ASEGURADOS

TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA 994000000284 ANEXO: 6 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA 15

TOMADOR: E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE IDENTIFICACION 890.980 866-4

ASEGURADOS

| ITEM | ASEGURADO | C.C. o NIT | UBICACION DEL PREDIO | CIUDAD | VALOR ASEGURADO | PRIMA SIN IVA | PRIMA CON IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | 890980866-4 | CALLE 12 No. 11-54 | LA UNIÓN | 635,470,429.00 | [illegible] | [illegible] |
| 2 | E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | 890980866-4 | CALLE 12 No. 11-54 | LA UNION | 0.00 | 0 | 0 |
| 3 | E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE | 890980866-4 | CALLE 2 No. 8-35 | LA UNIÓN | 1,676,776,000. | [illegible] | [illegible] |

| PRIMA TOTAL SIN IVA | PRIMA TOTAL CON IVA |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 22 de enero de 2026, a las 09:49:37, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Número de identificación tributario |
| No. Identificación | 8909808664 |
| Código de Verificación | 890980866426012209493 7 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 17 de enero de 2026, a las 20:45:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 15355283 |
| Código de Verificación | 15355283260117204551 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 289523729

PIB
09:47:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE identificado(a) con NIT número 8909808664

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 289017939

PIB
20:42:47


Bogotá DC, 17 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 15355283

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/01/2026 10:54:26 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **15355283** y Nombre: **HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132876858** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:55:45 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **15355283,** Apellidos y Nombres **BERNAL TOBON HUMBERTO ARNULFO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Hospital san Roque**, con NIT **890980866-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"* con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co.8080/consulta

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 15355283 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 19/01/2026 08:52 AM

Codigo Verificacion: **DYN9GXHVW4**

Valida hasta: **19/04/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141229872077

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 9 0 9 8 0 8 6 6 — 6. DV: 4

12. Dirección seccional: Impuestos de Medellín — 1 1

14. Buzón electrónico:

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica — 1

25. Tipo de documento:

26. Número de Identificación:

Lugar de expedición — 28. País — 29. Departamento — 30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido — 32. Segundo apellido — 33. Primer nombre — 34. Otros nombres

35. Razón social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE

36. Nombre comercial — 37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Antioquia — 0 5

40. Ciudad/Municipio: La Unión — 4 0 0

41. Dirección principal: CL 2 SUR 8 35

42. Correo electrónico: hospitallaunion890@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 6 0 4 5 5 6 0 6 1 9

45. Teléfono 2: 3 1 0 6 3 0 5 7 4 0

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 1 9 6 2 1 1 2 7 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 6 7 9 1 4 2 4 8 5 2

06- Ingresos y patrimonio

07- Retención en la fuente a título de rent

09- Retención en la fuente en el impuesto

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

55. Forma — 56. Tipo — Servicio: 1 2 3 — 57. Modo — 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y verás. En caso de constatarse inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 de 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre: BERNAL TOBON HUMBERTO ARNULFO

985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 21-01-2026 09:45:22AM

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141229872077

(415)7707212489984(8020) 000014122987207 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 0 8 6 6 | 4 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 3 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizadas | 2 3 |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 8 | 0 2 |
| 72. Número | 1 2 9 | 1 3 |
| 73. Fecha | 1 9 6 2 1 1 2 7 | 1 9 9 4 0 6 1 2 |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 4 | 0 4 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 6 2 1 1 2 7 | 1 9 9 4 0 6 1 2 |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 0 5 | 0 5 |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 0 0 | 4 0 0 |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 1 9 6 2 1 1 2 7 | 1 9 9 4 0 6 1 2 |
| 81. Hasta | 1 9 9 4 0 7 1 2 | 2 0 9 9 1 2 3 1 |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 1 0 0 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

## Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 1 | 1 9 9 4 0 6 1 2 | | - |
| 2 | 8 4 | 2 0 1 5 0 1 0 1 | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141229872077

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 0 8 6 6 | 4 | Procesos de Medellín 1 1 | |

**Representacion**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 0 4 0 1 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 5 3 5 5 2 8 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BERNAL | TOBON | HUMBERTO | ARNULFO |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 0 8 6 6 | 4 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

**001**

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141229872077

(415)7707212489984(8020) 000014122987207 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional (Dígitos de Modelo) | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 0 8 6 6 | 4 | 1 1 | |

## Revisor Fiscal y Contador

### Revisor Fiscal principal

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

### Revisor Fiscal suplente

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

### Contador

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 9 8 4 6 0 0 2 1 | 4 | 1 0 0 4 7 5 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | HERRERA | GUSTAVO | ALBERTO |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 6 0 1 1 3 |

Fecha generación documento PDF: 21-01-2026 09:45:27 AM

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 15.355.283



Apellidos
BERNAL TOBON

Nombres
HUMBERTO ARNULFO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.64 | M |

Fecha de nacimiento — G.S.
28 AGO 1979 — O+

Lugar de nacimiento
LA UNION (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
19 SEPT 1997, LA UNION

Fecha de expiración
14 MAYO 2034

CO

046346599

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046346599801169<<<<<<<<<<
7908286M3405145COL15355283<<<1
BERNAL<TOBON<<HUMBERTO<ARNULFO


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
79082802741
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA 09
2A. LINEA
3A. LINEA
31 - DIC.
31 - DIC.
31 - DIC.
APELLIDOS Y NOMBRES
BERNAL TOBON
HUMBERTO ARNULFO
BACHILLER
PROFESION
CUARTA ZONA

# MUNICIPIO DE LA UNION

PAZ Y SALVO MUNICIPAL (#: 122)

Documento #: 202600020490, por Valor de: $29,200.00

Destino del Documento: CONSTANCIA - Vigencia Hasta: 23/Feb/2026

El Municipio de La Unión (Ant.) certifica que las personas que se relacionan a continuación se encuentran a Paz y Salvo por todo concepto

**Cédula - NIT:** 890980866 **Nombre:** HOSPITAL SAN ROQUE LA UNION

## CATASTRO, PREDIAL UNIFIC., CONCEPTOS Y OTROS CPTOS

400-1-01-001-034-00003-000-00000 Ficha: 14120964 Matric: 1299 Dir: CL 12 N 11-38 /40/54/74 HOSPITAL SAN ROQUE Pagó: 2025-04 # Prop: 1 Proind: 100%.(FIN)

N.U.P.: 05-400-01-00-00-01-0034-0003-0-00-00-0000.(FIN)

--> Año: 2026, A.T:2021, A.T.C:0, A.T.P:0, A.C:1521.5, A.C.C:0, Desplazado:NO, (D.E:01=100%) Estrato:2:BAJO.(FIN)

400-1-02-001-004-00001-000-00000 Ficha: 14103149 Matric: 4046 Dir: CL 7 N 9-12 Pagó: 2025-04 # Prop: 1 Proind: 100%.(FIN)

N.U.P.: 05-400-02-00-00-01-0004-0001-0-00-00-0000.(FIN)

--> Año: 2026, A.T:455, A.T.C:0, A.T.P:0, A.C:217, A.C.C:0, Desplazado:NO, (D.E:08=100%).(FIN)

## INDUSTRIA Y COMERCIO, CONCEPTOS Y OTROS CPTOS.

EL NUMERO DE DOCUMENTO REGISTRADO NO POSEE ESTABLECIMIENTOS EN I. Y C.

## CONTRIB. DE VALORIZACION Y SUS CONCEPTOS

EL NUMERO DE DOCUMENTO REGISTRADO NO POSEE PREDIOS PENDIENTES POR VALORIZACION

## ACUERDOS DE PAGO

EL NUMERO DE DOCUMENTO REGISTRADO NO POSEE ACUERDOS DE PAGO VIGENTES

## CERTIF. Y PAZ Y SALVOS - RESTRICC. DE LOS CLIENTES

EL NUMERO DE DOCUMENTO REGISTRADO NO POSEE RESTRICCIONES

## CREDITOS DE VIVIENDA, CONCEPTOS Y OTROS CPTOS.

EL NUMERO DE DOCUMENTO REGISTRADO NO POSEE SALDOS PENDIENTES POR CREDITOS DE VIVIENDA

FIN

(415)7709998016347(8020)202600020490(3900)0000029200(96)20260223

NOTA: Los funcionarios que expiden este documento, son responsables de las sumas que adeudan los respectivos contribuyentes interesados en el mismo, sin perjuicio de la sanción penal por delito en que incurren de conformidad con las disposiciones legales.

PUNTOS DE PAGO: BANCOLOMBIA Y SUS CORRESPONSALES CTA. AHORROS 55795897177 CONVENIO Nro. 087859 - CONFIAR - COTRAFA - BANCO AGRARIO.

A.T: Area de Terreno
A.T.C: Area de Terreno - Común
A.T.P: Area de Terreno - Privada
A.C: Area Construida
A.C.C:Area Construida - Común
V.T: Valor Terreno
V.T.C:Valor Terreno - Común
V.C: Valor Construcción
V.C.C: Valor Construcción - Común

Áreas en Metros Cuadrados
D.E: Destinos Económicos

Firma:

Cédula:

Municipio de La Unión
CANCELADO

24 01 2026



Scanned with CamScanner

# Certificado
## Bancario

Jueves, 22 de enero de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN R identificado(a) con NIT 890980866 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA CORRIENTE | 02312734532 | 2003/02/28 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortes Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia