



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**  
**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>	NO.PÓLIZA <b>45-40-101102867</b>	ANEXO <b>1</b>
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>30 04 2026</b>	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>19 09 2025</b>		A LAS HORAS <b>00:00</b>	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>30 04 2026</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	TIPO MOVIMIENTO <b>ANEXO CAUSA PRIMA</b>	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.328.450-5</b>
DIRECCIÓN: <b>CALLE 17 NO 84A-43</b>	CUIDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO: <b>3147768205</b>

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.022.186-6</b>
DIRECCIÓN: <b>CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B</b>	CUIDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO <b>8981272</b>
BENEFICIARIO: <b>805022186 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4</b>	

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No.66-7-20138-25 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE REHABILITACION A PACIENTES CON PATOLOGIAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS CONSIDERADOS COMO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCION INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRANSTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA DEL MINISTERIO DE SALUD, PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO.002 DE ABRIL DE 2001, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, Y LOS AUTORIZADOS POR TUPELA, PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.4. ASEGURADO/BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS					
AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/04/2026	\$350,181,000.00	\$284,700,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/04/2026	\$350,181,000.00	\$284,700,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/04/2026	\$350,181,000.00	\$284,700,000.00

**ACLARACIONES**

MEDIANTE MODIFICACION 002 SE PRORROGA EL PLAZO DEL CONTRATO EN DOS (2) MESES MAS, QUEDANDO EL PLAZO EN NUEVE (9) MESES SEIS (6) DIAS Y LA NUEVA FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO ES EL 30/06/2026 Y SE ACTUALIZA EL VALOR ASEGURADO A 200 SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES AÑO 2026.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****5,071.00	\$ *****0.00	\$ *****963.00	\$ *****6,035.00	\$ *****350,181,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA CLARA OSORNO ALDANA	999277	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

*[Firma Autorizada]*



*[Firma Tomador]*

45-40-101102867  
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI			SUCURSAL CALI			COD.SUC 45		NO.PÓLIZA 45-40-101102867		ANEXO 1		
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 30 04 2026			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 19 09 2025			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 30 04 2026		A LAS HORAS 23:59		TIPO MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS		IDENTIFICACIÓN NIT: 900.328.450-5
DIRECCIÓN: CALLE 17 NO 84A-43		CIUDAD: CALI, VALLE
TELÉFONO: 3147768205		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4		IDENTIFICACIÓN NIT: 805.022.186-6
DIRECCIÓN: CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B		CIUDAD: CALI, VALLE
TELÉFONO: 8981272		
BENEFICIARIO: 805022186 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4		

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/04/2026	\$350,181,000.00	\$284,700,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/04/2026	\$350,181,000.00	\$284,700,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/04/2026	\$350,181,000.00	\$284,700,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102867

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF999277A



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-40-101102867</b>		ANEXO <b>1</b>					
FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO						
DÍA <b>30</b>	MES <b>04</b>	AÑO <b>2026</b>	DÍA <b>19</b>	MES <b>09</b>	AÑO <b>2025</b>	<b>00:00</b>		DÍA <b>30</b>	MES <b>04</b>	AÑO <b>2026</b>	<b>23:59</b>		<b>ANEXO CAUSA PRIMA</b>		

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.328.450-5</b>
DIRECCIÓN: <b>CALLE 17 NO 84A-43</b>	CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO: <b>3147768205</b>

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.022.186-6</b>
DIRECCIÓN: <b>CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B</b>	CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO <b>8981272</b>

BENEFICIARIO:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PAGINA WEB**    

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

   

   

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

  **Seguros del Estado**  
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****5,071.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****0.00	IVA \$ *****963.00	TOTAL A PAGAR \$ *****6,035.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****350,181,000.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION CDA SEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA CLARA OSORNO ALDANA	999277	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADO COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

**FORMA DE PAGO**

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



(415) 7709998021167 (8020) 11011641892669 (3900) 00000006035 (96) 20260530

REFERENCIA PAGO:  
1101164189266-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS**

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> CALI			<b>SUCURSAL</b> CALI			<b>COD.SUC</b> 45		<b>NO.PÓLIZA</b> 45-40-101102867		<b>ANEXO</b> 1	
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b> DÍA MES AÑO			<b>VIGENCIA DESDE</b> DÍA MES AÑO			<b>A LAS HORAS</b>		<b>VIGENCIA HASTA</b> DÍA MES AÑO		<b>A LAS HORAS</b>	
30	04	2026	19	09	2025	00:00		30 04 2026		23:59	
<b>TIPO MOVIMIENTO</b> ANEXO CAUSA PRIMA											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL</b> CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS								<b>IDENTIFICACIÓN NIT: 900.328.450-5</b>			
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 17 NO 84A-43						<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE			<b>TELÉFONO:</b> 3147768205		

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO:</b> POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4								<b>IDENTIFICACIÓN NIT: 805.022.186-6</b>			
<b>DIRECCIÓN:</b> CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B						<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE			<b>TELÉFONO:</b> 8981272		
<b>BENEFICIARIO:</b> 805022186 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4											

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102867

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

*Isabel Argonne Garcia*  
FIRMA TOMADOR

DLF999277A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>	NO.PÓLIZA <b>45-40-101102867</b>	ANEXO <b>2</b>
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>30 04 2026</b>	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>19 09 2025</b>		A LAS HORAS <b>00:00</b>	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>30 06 2026</b>		A LAS HORAS <b>23:59</b>	TIPO MOVIMIENTO <b>ANEXO DE PRORROGA</b>	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.328.450-5</b>
DIRECCIÓN: <b>CALLE 17 NO 84A-43</b>	CUIDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO: <b>3147768205</b>

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.022.186-6</b>
DIRECCIÓN: <b>CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B</b>	CUIDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO <b>8981272</b>
BENEFICIARIO: <b>805022186 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4</b>	

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No.66-7-20138-25 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE REHABILITACION A PACIENTES CON PATOLOGIAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS CONSIDERADOS COMO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCION INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRANSTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA DEL MINISTERIO DE SALUD, PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO.002 DE ABRIL DE 2001, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, Y LOS AUTORIZADOS POR TUPELA, PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.4. ASEGURADO/BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/06/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/06/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/06/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00

**ACLARACIONES**

MEDIANTE MODIFICACION 002 SE PRORROGA EL PLAZO DEL CONTRATO EN DOS (2) MESES MAS, QUEDANDO EL PLAZO EN NUEVE (9) MESES SEIS (6) DIAS Y LA NUEVA FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO ES EL 30/06/2026 Y SE ACTUALIZA EL VALOR ASEGURADO A 200 SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES AÑO 2026.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****257,502.00	\$ *****3,000.00	\$ *****49,495.00	\$ *****309,998.00	\$ *****350,181,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA CLARA OSORNO ALDANA	999277	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102867

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



Isabel Aguirre Garcia

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO  
RCE CONTRATOS**

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> CALI			<b>SUCURSAL</b> CALI			<b>COD.SUC</b> 45		<b>NO.PÓLIZA</b> 45-40-101102867		<b>ANEXO</b> 2	
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b> DÍA MES AÑO			<b>VIGENCIA DESDE</b> DÍA MES AÑO			<b>A LAS HORAS</b>	<b>VIGENCIA HASTA</b> DÍA MES AÑO			<b>A LAS HORAS</b>	<b>TIPO MOVIMIENTO</b>
30 04 2026			19 09 2025			00:00	30 06 2026			23:59	ANEXO DE PRORROGA

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b> CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS		<b>IDENTIFICACIÓN NIT: 900.328.450-5</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 17 NO 84A-43		<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE	
		<b>TELÉFONO:</b> 3147768205	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO:</b> POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4		<b>IDENTIFICACIÓN NIT: 805.022.186-6</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b> CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B		<b>CIUDAD:</b> CALI, VALLE	
		<b>TELÉFONO:</b> 8981272	
<b>BENEFICIARIO:</b> 805022186 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4			

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/06/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/06/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/09/2025	30/06/2026	\$350,181,000.00	\$350,181,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102867

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

*Isabel Aguirre Gueda*  
FIRMA TOMADOR

DLF999277A



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>			SUCURSAL <b>CALI</b>			COD.SUC <b>45</b>		NO.PÓLIZA <b>45-40-101102867</b>		ANEXO <b>2</b>					
FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO						
DÍA <b>30</b>	MES <b>04</b>	AÑO <b>2026</b>	DÍA <b>19</b>	MES <b>09</b>	AÑO <b>2025</b>	<b>00:00</b>		DÍA <b>30</b>	MES <b>06</b>	AÑO <b>2026</b>	<b>23:59</b>		<b>ANEXO DE PRORROGA</b>		

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.328.450-5</b>
DIRECCIÓN: <b>CALLE 17 NO 84A-43</b>	CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO: <b>3147768205</b>

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO: <b>POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>805.022.186-6</b>
DIRECCIÓN: <b>CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B</b>	CIUDAD: <b>CALI, VALLE</b> TELÉFONO <b>8981272</b>

BENEFICIARIO:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PAGINA WEB**

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****257,502.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****3,000.00	IVA \$ *****49,495.00	TOTAL A PAGAR \$ *****309,998.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****350,181,000.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION CDA SEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA CLARA OSORNO ALDANA	999277	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADO COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

**FORMA DE PAGO**

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



(415) 7709998021167 (8020) 11011641892676 (3900) 000000309998 (96) 20251019

REFERENCIA PAGO:  
1101164189267-6

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO  
RCE CONTRATOS**

<b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b> CALI			<b>SUCURSAL</b> CALI			<b>COD.SUC</b> 45		<b>NO.PÓLIZA</b> 45-40-101102867		<b>ANEXO</b> 2		
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b>			<b>VIGENCIA DESDE</b>			<b>A LAS HORAS</b>		<b>VIGENCIA HASTA</b>		<b>A LAS HORAS</b>		<b>TIPO MOVIMIENTO</b> ANEXO DE PRORROGA
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	00:00		DÍA	MES	AÑO	23:59	
30	04	2026	19	09	2025			30	06	2026		

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL</b>	CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS	<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b>	900.328.450-5
<b>DIRECCIÓN:</b>	CALLE 17 NO 84A-43	<b>CIUDAD:</b>	CALI, VALLE
		<b>TELÉFONO:</b>	3147768205

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

<b>ASEGURADO:</b>	POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4	<b>IDENTIFICACIÓN NIT:</b>	805.022.186-6
<b>DIRECCIÓN:</b>	CL 6 NRO. 8 - 16 TORRE B	<b>CIUDAD:</b>	CALI, VALLE
<b>BENEFICIARIO:</b>	805022186 - POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.4		
<b>TELÉFONO:</b>	8981272		

**TEXTO ACLARATORIO**

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102867

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

*Isabel Aguirre Garcia*  
FIRMA TOMADOR

DLF999277A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	30/04/2026	999277	MARIA CLARA OSORNO ALDANA
<b>Tomador:</b>	CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS				<b>NIT/CC</b> 900328450
<b>Suma de:</b>	UN MILLON CIEN MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE.*****				
<b>Pagador:</b>	APAES SAS				<b>NIT/CC</b> 900328450
<b>Por concepto de:</b>	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #1741853795				
Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
45-CALI-40-RCE CONTRATOS-101102867-1-1	\$5.071,76	\$0,00	\$963,63	\$0,00	\$6.035,39
45-CALI-40-RCE CONTRATOS-101102867-2-1	\$257.502,52	\$3.000,00	\$49.495,48	\$0,00	\$309.998,00
45-CALI-44-CU. ENTIDAD.EST.-101169458-1-1	\$209.530,82	\$8.000,00	\$41.330,86	\$0,00	\$258.861,68
45-CALI-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101037618-0-1	\$433.737,53	\$8.000,00	\$83.930,13	\$0,00	\$525.667,66
Otros conceptos de pago					Valor
APROVECHAMIENTOS					\$-0,39
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					\$1.100.562,00
APROVECHAMIENTOS					\$-0,66
APROVECHAMIENTOS					\$-0,68
Forma de pago					
<b>Ahorro:</b>	\$0,00			<b>Corriente:</b>	\$0,00
				<b>Tarjeta:</b>	\$0,00
				<b>Otro:</b>	\$0,00
<b>Transacción:</b> 18132088				<b>Total:</b>	<b>\$1.100.561,00</b>
				<b>Cajero:</b>	PAGUESTADO