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

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-42-101001306	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
07	07	2026	05	07	2026	24:00	05	01	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social		Identificación :
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO		860.023.999-1
Dirección : CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad :** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Teléfono :** 8455040

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario :		Identificación :
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO		860.023.999-1
Dirección : CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad :** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Teléfono :** 8455040
Adicional: NINGUNO		





Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ *****151,232.00	$ ******10,000.00	$ ******30,634.00	$ **********191,867.00	$ *********5,000,000.00	07 / 07 / 2026

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LILIANA MURILLO SANCHEZ	122610	100.00			
EN BANCOS NO					

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002119621318(3900)000000191867(96)20270705

REFERENCIA PAGO:
1100211962131-8

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Ofi

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

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-42-101001306	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
07	07	2026	05	07	2026	24:00	05	01	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO — **Identificación :** 860.023.999-1

Dirección : CALLE 4 NO. 1-52 — **Ciudad :** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA — **Teléfono :** 8455040

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO — **Identificación :** 860.023.999-1

Dirección : CALLE 4 NO. 1-52 — **Ciudad :** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA — **Teléfono :** 8455040

Adicional NINGUNO

OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:

AMPAROS

CARGO: SEGUN RELACION - RIESGO: UNICO

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	05/07/2026	05/01/2027	5,000,000.00

DEDUCIBLE : 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV

ACLARACIONES

SEGURO DE MANEJO GLOBAL EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

TOMADOR: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO NIT: 860023999
ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO NIT: 860023999
BENEFICIARIO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO NIT: 860023999
DIRECCION DEL RIESGO PRINCIPAL: CALLE 4 #1-52, SAN JUAN DE RIO SECO - CUNDINAMARCA

OBJETO DEL SEGURO

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ *****151,232.00	$ ******10,000.00	$ ******30,634.00	$ **********191,867.00	$ *********5,000,000.00	07 / 07 / 2026

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
LILIANA MURILLO SANCHEZ	122610	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 7 NO. 57 -67 - Telefono: 6013908192 - BOGOTA, D.C.

(415)7709998021167(8020)11002119621318(3900)000000191867(96)20270705

REFERENCIA PAGO:

1100211962131-8

14-42-101001306

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-42-101001306	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
07	07	2026	05	07	2026	24:00	05	01	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO			Identificación	**860.023.999-1**
Dirección:	CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad:**	SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Telefono:**	8455040

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO			Identificación	**860.023.999-1**
Dirección:	CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad:**	SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Telefono:**	8455040

Adicional:

- Continuación -

LIMITE ASEGURADO VIGENCIA:$ 5.000.000
LIMITE ASEGURADO EVENTO:$ 1.000.000

SE AMPARAN LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS QUE CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

AMPARO BASICO
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA.
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS
CAJAS MENORES:$ 250.000

MODALIDAD DE COBERTURA
OCURRENCIA: PERDIDAS QUE TENGA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.
AMPAROS ADICIONALES

COSTO EN JUICIOS Y HONORARIOS PROFESIONALES. LA COBERTURA DE ESTE SEGURO SE EXTIENDE A AMPARAR E INDEMNIZAR LOS COSTOS DE LOS PROCESOS JUDICIALES Y LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES PARA LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO, EN EL CUAL SEA DEMANDADO EL ASEGURADO Y CON EL QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION, DAÑO O PERDIDA QUE PUEDA AFECTAR LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE SEGURO, SUBLIMITE 10% SOBRE DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
EXTENSION DE COBERTURA PARA EMPLEADOS OCASIONALES, TEMPORALES. LA COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR LOS TRABAJADORES OCASIONALES, TEMPORALES O TRANSITORIOS Y A QUIENES, SIN SERLO, REALICEN PRACTICAS O INVESTIGACIONES EN SUS DEPENDENCIAS. ASI MISMO TODAS AQUELLAS PERSONAS NATURALES QUE PRESTEN SERVICIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER TITULO O CONTRATO, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, LOS EMPLEADOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS. CUANDO OCURRA CUALQUIER PERDIDA Y LA ENTIDAD NO PUDIERA DETERMINAR ESPECIFICAMENTE AL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS RESPONSABLES, LA COMPAÑIA RECONOCERA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR AL EVENTO, PERMITAN CONSIDERAR QUE EN LA OCURRENCIA DEL MISMO INTERVINIERON UNO O VARIOS EMPLEADOS, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE). QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, RESPECTO DE TALES PERDIDAS, NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL MONTO ASEGURADO ESTIPULADO EN LA POLIZA, SUBLIMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS: SUBLIMITE HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: SUBLIMITE $ 500.000

DEDUCIBLES

%MINIMO

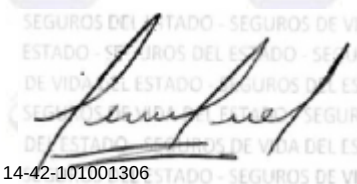
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, DE FIRMAS TEMPORALES Y ESPECIALIZADAS, BIENES DE TERCEROS:10%DEL VALOR DE LA PERDIDA2SMMLV
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: 10%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
DEMAS EVENTOS:15%DEL VALOR DE LA PERDIDA3SMMLV
CAJAS MENORES: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE

CARGOS AMPARADOS 3

GERENTE

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



14-42-101001306

FIRMA TOMADOR

EDUARDAVILA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-42-101001306	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
07	07	2026	05	07	2026	24:00	05	01	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO	Identificación	860.023.999-1
Dirección:	CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad:** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Telefono:** 8455040

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO	Identificación	860.023.999-1
Dirección:	CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad:** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Telefono:** 8455040

Adicional:

- Continuación -
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AUX ADMINISTRATIVO FARMACIA

OTROS ANEXOS DE COBERTURA, SEGUN TEXTOS SEGUROS DEL ESTADO

AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS Y EMPLEADOS: PLAZO MAXIMO DE AVISO A LA ASEGURADORA DE DIEZ (10) DIAS. Y CON COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA
CLAUSULA DE REVOCACION: TREINTA (30) DIAS CALENDARIO.
AVISO DE SINIESTRO: DIEZ (10) DIAS
DESIGNACION DE AJUSTADORES: SEGUN LISTADO SEGUROS DEL ESTADO S.A, Y DE COMUN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA.
ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA
DENOMINACION DE CARGOS: SE OTORGA COBERTURA A TODOS LOS CAMBIOS EN LA DENOMINACION DE LOS CARGOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CONTINUEN DESEMPEÑANDO LAS MISMAS FUNCIONES DEL CARGO INICIALMENTE AMPARADO.

EXCLUSIONES

SEGUN LAS INDICADAS EN EL CLAUSULADO GENERAL, ADEMAS DE LAS SIGUIENTES
MERMAS
FALTANTES DE INVENTARIOS
DESAPARICIONES MISTERIOSAS
SE EXCLUYE DE MANERA ABSOLUTA TODO TIPO DE DAÑO Y/O DESTRUCCION Y/O DETERIORO Y/O PERDIDA, FISICA O FINANCIERA, QUE SOBREVENGA DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA, PROXIMA O REMOTA, COMO CONSECUENCIA DE PANDEMIA, VIRUS, ENFERMEDAD INFECCIOSA, MICROORGANISMOS, BACTERIAS, Y CUALQUIER OTRO SIMILAR, SIN IMPORTAR SI DICHO DAÑO Y/O DESTRUCCION Y/O DETERIORO Y/O PERDIDA SE PRODUJO ANTES, DURANTE O DESPUES DE UNA ORDEN EMITIDA POR CUALQUIER AUTORIDAD GUBERNAMENTAL O CIVIL.
INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES, ORDENES DE LA AUTORIDAD, Y DE NORMAS TECNICAS
PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO CUANDO NO ESTEN EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.
RIESGOS CIBERNETICOS O DE LA TECNOLOGIA INFORMATICA.
EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96 1 ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD. 2. COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO: A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES: I. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y II. EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASEOSO; O ENTRE ORGANISMOS.
GARANTIAS

AUDITORIA INTERNA Y REVISION CONTABLE
REPORTE DE CAMBIOS EN EL CONTROL DE LA EMPRESA

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

14-42-101001306

FIRMA TOMADOR

EDUARDAVILA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-42-101001306	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
07	07	2026	05	07	2026	24:00	05	01	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO	Identificación	860.023.999-1
Dirección:	CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad:** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Telefono:** 8455040

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO	Identificación	860.023.999-1
Dirección:	CALLE 4 NO. 1-52	**Ciudad:** SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA	**Telefono:** 8455040

Adicional:

- Continuación -
TODAS LAS PERSONAS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, YA SEA CON CONTRATO LABORAL O POR MEDIO DE EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES U OTRO TIPO DE CONTRATACION, DEBEN TOMAR VACACIONES AL MENOS UNA VEZ AL AÑO DURANTE DIEZ (10) DIAS CONTINUOS.
MANUALES DE INSTRUCCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS
PRACTICAR UN ARQUEO O CORTE DE CUENTAS ANUAL. PARA LOS COBRADORES, CAJEROS, MENSAJEROS, VENDEDORES Y PAGADORES AMBULANTES EL ARQUEO SERA DIARIO.
VERIFICAR LOS DATOS CONTENIDOS EN LA SOLICITUD DE TRABAJO QUE FIRME EL ASPIRANTE A SER EMPLEADO DEL ASEGURADO, CON ANTERIORIDAD A SU VINCULACION DEFINITIVA
LAS FUNCIONES DE CADA EMPLEADO SE DISPONDRAN DE TAL MANERA QUE A NINGUN EMPLEADO SE LE PERMITA CONTROLAR CUALQUIER TRANSACCION DESDE EL COMIENZO HASTA EL FINAL, DEBE EXISTIR CONTROL DUAL Y CUSTODIA CONJUNTA.
PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTICULO 1061 DEL CODIGO DE COMERCIO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRA CON LAS GARANTIAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTIA, DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTICULO MENCIONADO.

CLAUSULADO
FORMA 01/09/2003 - 1329 - P - 13- E-MAGE-007A

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

14-42-101001306

FIRMA TOMADOR

EDUARDAVILA