



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 BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CHAPINERO			Cod. Sucursal 14		No. Póliza 14-42-101001270		Anexo 0	
Fecha Expedición Día Mes Año 08 01 2026			Vigencia Desde Día Mes Año 05 01 2026			A las Horas 24:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 05 01 2027		A las Horas 24:00	
Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES								Identificación : 900.750.333-1			
Dirección : CL 11 NRO. 9 - 99						Ciudad : FUNZA, CUNDINAMARCA				Teléfono : 8264000	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES								Identificación : 900.750.333-1			
Dirección : CL 11 NRO. 9 - 99						Ciudad : FUNZA, CUNDINAMARCA				Teléfono : 8264000	
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
EMPLEADOS PUBLICOS
DEDUCIBLE : 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASBG/ACTUAL
05/01/2026	05/01/2027	100,000,000.00

ACLARACIONES

SEGURO DE MANEJO GLOBAL EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
TOMADOR: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA NIT: 900750333
ASEGURADO: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA NIT: 900750333
BENEFICIARIO: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA NIT: 900750333
DIRECCION DEL RIESGO PRINCIPAL: CL 11 NO. 9-99, FUNZA CUNDINAMARCA

OBJETO DEL SEGURO					
Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
\$ ***5,000,000.00	\$ *****10,000.00	\$ *****951,900.00	\$ *****5,961,900.00	\$ *****100,000,000.00	07 / 01 / 2026
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DPL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	184449	100.00			

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 - BOGOTÁ, D.C.



(415) 7709998021167 (8020) 11002118647245 (3900) 000005961900 (96) 20270105

REFERENCIA
PAGO:
1100211864724-5

14-42-101001270

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurodelestado.com

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

TOMADOR
KATERINEREYESSUC



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 BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CHAPINERO			Cod.Suc 14		No.Póliza 14-42-101001270		Anexo 0	
Fecha Expedición Día Mes Año 08 01 2026			Vigencia Desde Día Mes Año 05 01 2026			A las Horas 24:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 05 01 2027		A las Horas 24:00	
Tipo Movimiento EMISION ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES								Identificación 900.750.333-1			
Dirección: CL 11 NRO. 9 - 99						Ciudad: FUNZA, CUNDINAMARCA				Teléfono: 8264000	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES								Identificación 900.750.333-1			
Dirección: CL 11 NRO. 9 - 99						Ciudad: FUNZA, CUNDINAMARCA				Teléfono: 8264000	

Adicional:

- Continuación -

LIMITE ASEGURADO VIGENCIA: \$ 100.000.000
LIMITE ASEGURADO EVENTO: \$ 20.000.000

SE AMPARAN LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 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 PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
GASTOS DE RECONSTRUCCIÓN DE CUENTAS
GASTOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS
CAJAS MENORES: \$ 5.000.000

MODALIDAD DE COBERTURA

OCURRENCIA: PERDIDAS QUE TENGA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
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 RECLAMACIÓN, DAÑO O PERDIDA QUE PUEDA AFECTAR LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE SEGURO, SUBLÍMITE 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 PRÁCTICAS O INVESTIGACIONES EN SUS DEPENDENCIAS. ASÍ MISMO TODAS AQUELLAS PERSONAS NATURALES QUE PRESTEN SERVICIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER TÍTULO O CONTRATO, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, LOS EMPLEADOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, SUBLÍMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS. CUANDO OCURRA CUALQUIER PERDIDA Y LA ENTIDAD NO PUDIERA DETERMINAR ESPECÍFICAMENTE AL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS RESPONSABLES, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN 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 TÍTULO (AUTOR INTELLECTUAL, MATERIAL O COMPLICER). QUEDA ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE TALES PERDIDAS, NO EXCEDERÁ EN NINGUN CASO DEL MONTO ASEGURADO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA, SUBLÍMITE HASTA EL 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.

PROTECCIÓN DE DEPÓSITOS BANCARIOS: SUBLÍMITE HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA.
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: SUBLÍMITE \$ 10.000.000

DEDUCIBLES

MINIMO

EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, DE FIRMAS TEMPORALES Y ESPECIALIZADAS, BIENES DE TERCEROS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA 2 SMMLV
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA 3 SMMLV
DEMÁS EVENTOS: 15% DEL VALOR DE LA PERDIDA 3 SMMLV
CAJAS MENORES: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE

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.

14-42-101001270

FIRMA TOMADOR

KATERNERYESSUC



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 BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CHAPINERO			Cod.Suc 14		No.Póliza 14-42-101001270		Anexo 0	
Fecha Expedición Día Mes Año 08 01 2026			Vigencia Desde Día Mes Año 05 01 2026			A las Horas 24:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 05 01 2027		A las Horas 24:00	
										Tipo Movimiento EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES		Identificación 900.750.333-1	
Dirección: CL 11 NRO. 9 - 99		Ciudad: FUNZA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 8264000

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES		Identificación 900.750.333-1	
Dirección: CL 11 NRO. 9 - 99		Ciudad: FUNZA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 8264000

Adicional:

- Continuación -
CARGOS AMPARADOS

6 NUMERO DE CARGOS RELACIONADOS POR LA ENTIDAD
GERENTE FARMACIA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
GERENTE LIDER MANTENIMIENTO Y ALMACEN
CONTRATISTA APOYO PROFESIONAL TESORERIA

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

NORMAS

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.

INOSERVANCIA 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.

RISGOS 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, CORUPCION, 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 CONTIENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMAS394 -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.

TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDIAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

14-42-101001270

FIRMA TOMADOR

KATERINEREYESSUC



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 BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CHAPINERO			Cod.Suc 14		No.Póliza 14-42-101001270		Anexo 0	
Fecha Expedición Día Mes Año 08 01 2026			Vigencia Desde Día Mes Año 05 01 2026			A las Horas 24:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 05 01 2027		A las Horas 24:00	
										Tipo Movimiento EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES		Identificación 900.750.333-1	
Dirección: CL 11 NRO. 9 - 99		Ciudad: FUNZA, CUNDINAMARCA	
		Teléfono: 8264000	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES		Identificación 900.750.333-1	
Dirección: CL 11 NRO. 9 - 99		Ciudad: FUNZA, CUNDINAMARCA	
		Teléfono: 8264000	

Adicional:

- Continuación -
GARANTIAS

AUDITORIA INTERNA Y REVISION CONTABLE

REPORTE DE CAMBIOS EN EL CONTROL DE LA EMPRESA

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, VENEDORES 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

TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDIAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

14-42-101001270

FIRMA TOMADOR

KATERINEREYESUC



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL CHAPINERO	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 14-03-101009297	ANEXO No. 0
TOMADOR ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DIRECCION CL 11 NRO. 9 - 99 CIUDAD FUNZA, CUNDINAMARCA			NIT 900.750.333-1 TELEFONO 8264000	
ASEGURADO ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DIRECCION CL 11 NRO. 9 - 99 CIUDAD FUNZA, CUNDINAMARCA			NIT 900.750.333-1 TELEFONO 8264000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) 07 / 01 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2027		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2027	
INTERMEDIARIO DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	CLAVE 184449	% PARTICIPACION 100.00	COMPAÑIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION
INFORMACION DEL RIESGO				
RIESGO: 1 ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES				
DESCRIPCION PERJUICIO PATRIMONIAL	AMPAROS ERRORES U OMISIONES CYH GASTOS DE DEFENSA CYH E&O - RESP CIVIL EXTRAC. CYH	SUMA ASEGURADA \$ 750,000,000.00 \$ 750,000,000.00	% INVAR	SUBLIMITE \$ 100,000,000.00 \$ 750,000,000.00
DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC. CYH * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH				
LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - \$ 15,000,000.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC. CYH - \$ 750,000,000.0				
OBJETO DE LA POLIZA:				
TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****750,000,000.00		PRIMA: \$ *****20,872,663.00		
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA: \$ *****3,965,805.00		
		TOTAL A PAGAR: \$ *****24,838,468.00		

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1086 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA. LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.00000000.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA
PAGO:
1100211864571-5

(415) 7709998021167 (8020) 11002118645715 (3900) 000024838468 (96) 20270105

14-03-101009297

FIRMA AUTORIZADA

KATERINEREYESSUC

CLIENTE

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

TOMADOR



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
SERVIDORES PUBLICOS

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL CHAPINERO	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 14-01-101001950	ANEXO No. 0
TOMADOR ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES			NIT	900.750.333-1
DIRECCION CL 11 NRO. 9 - 99			CIUDAD FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8264000
ASEGURADO ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES			NIT	900.750.333-1
DIRECCION CL 11 NRO. 9 - 99			CIUDAD FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8264000
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) 07 / 01 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2027		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2027	
INTERMEDIARIO DPL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	CLAVE 184449	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: FUNCIONARIOS PÚBLICOS

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES Y OMISIONES SERVIDORES PUBLICOS	\$ 250,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA SERVIDORES PUBLICOS	\$ 250,000,000.00		\$ 25,000,000.00

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****250,000,000.00	PRIMA:	\$ *****15,100,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****2,869,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****17,969,000.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERA A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.04.2022, 1329.P.06.0000006 (R.C.012A.D001)

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11002118645722 (3900) 000917969000 (96) 2026 213

REFERENCIA
PAGO:
1100211864572-2

14-01-101001950

FIRMA AUTORIZADA

KATERINEREYESSUC

CLIENTE

RECEPCION

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL CHAPINERO	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 14-02-101009379	ANEXO No. 0
TOMADOR ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DIRECCION CL 11 NRO. 9 - 99 CIUDAD FUNZA, CUNDINAMARCA			NIT 900.750.333-1 TELEFONO 8264000	
ASEGURADO ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DIRECCION CL 11 NRO. 9 - 99 CIUDAD FUNZA, CUNDINAMARCA			NIT 900.750.333-1 TELEFONO 8264000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) 07 / 01 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2027		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 05 / 01 / 2027	
INTERMEDIARIO DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA		CLAVE 184449	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES / OFICIALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE GASTOS MEDICOS HUMANITARIOS RCE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS RCE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE PARQUEADEROS RCE	\$ 245,000,000.00 \$ 245,000,000.00		\$ 12,250,000.00 \$ 49,000,000.00 \$ 49,000,000.00 \$ 49,000,000.00 \$ 49,000,000.00 \$ 49,000,000.00 \$ 49,000,000.00
DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE/ CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS RCE/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE/ RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE/ BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE/ PARQUEADEROS RCE				
LÍMITES POR EVENTO: GASTOS MEDICOS HUMANITARIOS RCE - \$ 3,062,500.00, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE - \$ 12,250,000.00, CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS RCE - \$ 12,250,000.00, VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE - \$ 12,250,000.00, RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE - \$ 12,250,000.00, BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE - \$ 12,250,000.00, PARQUEADEROS RCE - \$ 12,250,000.00				

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****245,000,000.00	PRIMA:	\$ *****1,323,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****251,370.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****1,574,370.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROSTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415)7709998621167 (8020)11002118645731 (3900)000001574370 (96)20270105



CLIENTE

REFERENCIA
PAGO:

1100211864573-1

14-02-101009379

FIRMA AUTORIZADA

KATERINEREYESSUC

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No	ANEXO No.
CHAPINERO		14-02-101009379	0
TOMADOR	ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	NIT	900.750.333-1
DIRECCION	CL 11 NRO. 9 - 99	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA
TELEFONO		8264000	
ASEGURADO	ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	NIT	900.750.333-1
DIRECCION	CL 11 NRO. 9 - 99	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA
TELEFONO		8264000	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

OBJETO DE LA POLIZA

OBJETO DE LA POLIZA: