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 | 14-42-101001072 | 1 |

| Fecha Expedición Día | Mes | Año | Vigencia Desde Día | Mes | Año | A las Horas | Vigencia Hasta Día | Mes | Año | A las Horas | Tipo de Movimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 02 | 2026 | 04 | 02 | 2026 | 24:00 | 04 | 02 | 2027 | 24:00 | ANEXO DE RENOVACION |

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

| Nombre o Razon Social | Identificación | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860.035.447-1 | CL 6 NRO. 6 - 04 | GUATAVITA, CUNDINAMARCA | 8577376 |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Asegurado / Beneficiario | Identificación | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860.035.447-1 | CL 6 NO. 6-04 | GUATAVITA, CUNDINAMARCA | 2577120 |

Adicional: NINGUNO




| Valor Prima Neta | Gastos Expedición | IVA | Total a Pagar | Valor Asegurado Total | Fecha Límite de Pago |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ***2,150,000.00 | $ ******10,000.00 | $ *****410,400.00 | $ *********2,570,400.00 | $ ********50,000,000.00 | 09 / 02 / 2026 |

| INTERMEDIARIO NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES EN BANCOS NO | 8385 | 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.**

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | |

(415)7709998021167(8020)11002118998807(3900)000002570400(96)20270204

**REFERENCIA PAGO:**
**1100211899880-7**

**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 | 14-42-101001072 | 1 |

| Fecha Expedición Día | Mes | Año | Vigencia Desde Día | Mes | Año | A las Horas | Vigencia Hasta Día | Mes | Año | A las Horas | Tipo de Movimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 02 | 2026 | 04 | 02 | 2026 | 24:00 | 04 | 02 | 2027 | 24:00 | ANEXO DE RENOVACION |

### DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

| Nombre o Razon Social | Identificación | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860.035.447-1 | CL 6 NRO. 6 - 04 | GUATAVITA, CUNDINAMARCA | 8577376 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Asegurado / Beneficiario | Identificación | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860.035.447-1 | CL 6 NO. 6-04 | GUATAVITA, CUNDINAMARCA | 2577120 |

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 | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| EMPLEADOS PUBLICOS | 04/02/2026 | 04/02/2027 | 50,000,000.00 | 50,000,000.00 |

DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV

### ACLARACIONES

GLOBAL DE MANEJO ENTIDADES ESTATALES

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

| Valor Prima Neta | Gastos Expedición | IVA | Total a Pagar | Valor Asegurado Total | Fecha Límite de Pago |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ***2,150,000.00 | $ ******10,000.00 | $ *****410,400.00 | $ *********2,570,400.00 | $ ********50,000,000.00 | 09 / 02 / 2026 |

| INTERMEDIARIO NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES | 8385 | 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 - BOGOTA, D.C.***

**REFERENCIA PAGO:**
**1100211899880-7**

(415)7709998021167(8020)11002118998807(3900)000002570400(96)20270204

14-42-101001072
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 | 14-42-101001072 | 1 |

| Fecha Expedición Día | Mes | Año | Vigencia Desde Día | Mes | Año | A las Horas | Vigencia Hasta Día | Mes | Año | A las Horas | Tipo Movimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 02 | 2026 | 04 | 02 | 2026 | 24:00 | 04 | 02 | 2027 | 24:00 | ANEXO DE RENOVACION |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razon Social | | Identificación | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | | **860.035.447-1** |
| **Dirección:** CL 6 NRO. 6 - 04 | **Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA | **Teléfono:** | 8577376 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Asegurado / Beneficiario: | | Identificación | |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | | **860.035.447-1** |
| **Dirección:** CL 6 NO. 6-04 | **Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA | **Teléfono:** | 2577120 |

Adicional:

- Continuación -

ACTIVIDAD: SERVICIOS HOSPITALARIOS

ASPECTOS GENERALES DE LA POLIZA

JURISDICCION: COLOMBIA

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: OCURRENCIA

CLAUSULADO GENERAL APLICABLE

LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA: $50.000.000

DEDUCIBLES (PARA TODA Y CADA PERDIDA)
BASICO10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS Y TEMPORALES10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
MAQUILADORES (SE OTORGA SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO): 10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
DEMAS EVENTOS: 10% VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

COBERTURAS
HURTO Y HURTO CALIFICADO
ABUSO DE CONFIANZA
FALSEDAD
ESTAFA

SUBLIMITES
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS 50%
EMPLEADOS TEMPORALES O DE FIRMA ESPECIALIZADA 50%
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS50%
EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, EVENTO / VIGENCIA 50%
BIENES PROPIEDAD DE TERCEROS 50%
PROTECCION DE DEPOSITOS BANCARIOS 50%

CONDICIONES PARTICULARES
SUBLIMITE CAJA MENOR.$ 5.00.000 EVENTO / $ 10.000.000 VIGENCIA
ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION DEL 50% UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA.
DESIGNACION DE AJUSTADORES, DE COMUN ACUERDO CON EL ASEGURADO.
MODIFICACIONES A CARGOS, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPAÑIA.
AMPARO AUTOMATICO POR CAMBIOS EN LA DENOMINACION DEL CARGO O NOMINACION DE TRABAJADORES
AMPARO PARA EVENTOS QUE SE PRESENTEN E INVOLUCREN A PERSONAL QUE SE HAYA RETIRADO. CON PLAZO MAXIMO DE AVISO A LA COMPAÑIA DE TREINTA (30) DIAS, Y COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS EMPLEADOS AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS CON REPORTE AL FINAL DE LA VIGENCIA. CON PLAZO MAXIMO DE AVISO A LA COMPAÑIA DE TREINTA (30) DIAS, Y COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
AMPLIACION DE AVISO DE SINIESTRO.60 DIAS
CLAUSULA DE ARBITRAMENTO, SEGUN CONDICIONADO GENERAL VIGENTE.INCLUIDA

ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALESERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES. EL TOMADOR ESTA OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE

**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.**

14-42-101001072

FIRMA TOMADOR

VIVIANAGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 | 14-42-101001072 | 1 |

| Fecha Expedición Día | Mes | Año | Vigencia Desde Día | Mes | Año | A las Horas | Vigencia Hasta Día | Mes | Año | A las Horas | Tipo Movimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 02 | 2026 | 04 | 02 | 2026 | 24:00 | 04 | 02 | 2027 | 24:00 | ANEXO DE RENOVACION |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razon Social | | Identificación | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | | **860.035.447-1** |
| **Dirección:** CL 6 NRO. 6 - 04 | **Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA | **Teléfono:** | 8577376 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Asegurado / Beneficiario: | | Identificación | |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | | **860.035.447-1** |
| **Dirección:** CL 6 NO. 6-04 | **Ciudad:** GUATAVITA, CUNDINAMARCA | **Teléfono:** | 2577120 |

Adicional:

- Continuación -
LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO. LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDAS POR LA ASEGURADORA, LA HUBIEREN RETRAIDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS, PRODUCE LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO. SIN EMBARGO, SI SE INCURRIERE EN ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES INCULPABLES AL TOMADOR O AL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERA NULO NI HABRA LUGAR A LA APLICACION DEL INCISO TERCERO DEL ARTICULO 1058 DEL CODIGO DE COMERCIO SOBRE REDUCCION PORCENTUAL DE LA PRESTACION ASEGURADA. EN ESTE CASO SE DEBERA PAGAR LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

SE ACLARA QUE SE ENCUENTRAN AMPARADAS LAS PERDIDAS SUFRIDAS ENTRE SI A TODAS Y CADA UNA DE LAS EMPRESAS ASEGURADAS Y QUE SEAN CAUSADAS POR SUS EMPLEADOS, DADO QUE FORMAN PARTE DEL MISMO GRUPO EMPRESARIAL Y QUE AFECTEN LAS COBERTURAS ESTIPULADAS EN LA POLIZA, SOLO SI EL EMPLEADO QUE OCASIONA LA PERDIDA ESTA EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES LABORALES.SE OTORGA HASTA POR EL LIMITE ASEGURADO CONTRATADO

REVOCACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA 30 DIAS.
SE ACLARA QUE DENTRO DE LA COBERTURA DE EMPLEADOS TEMPORALES SE INCLUYEN ESTUDIANTES DE PRACTICAS Y PASANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
MODIFICACIONES A FAVOR DEL BENEFICIARIO
RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO, CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 100% DE LA PRIMA ANUAL. SOLO PODRA OTORGARSE UN (1) RESTABLECIMIENTO
ESTA POLIZA NO OPERARA COMO CAPA PRIMARIA, DE OTRA POLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO.

GARANTIAS

NO APLICAN GARANTIAS NI EXCLUSIONES

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.**

14-42-101001072

FIRMA TOMADOR

VIVIANAGUTIERREZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA