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.	BOGOTA	11	11-42-101000800	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
16	03	2026	08	03	2026	24:00	08	03	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA — **Identificación :** 899.999.151-3

Dirección : CRA 2 N 1 80 — **Ciudad :** FACATATIVA, CUNDINAMARCA — **Teléfono :** 8924538

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA — **Identificación :** 899.999.151-3

Dirección : CRA 2 N 1 80 — **Ciudad :** FACATATIVA, CUNDINAMARCA — **Teléfono :** 8924538

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 DEDUCIBLE : 3.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA	08/03/2026	08/03/2027	800,000,000.00

ACLARACIONES

3.POLIZA MANEJO GLOBAL

OBJETO DEL SEGURO: AMPARAR AL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA CONTRA LOS RIESGOS QUE IMPLIQUEN MENOSCABO DE SUS FONDOS Y BIENES, CAUSADOS POR LOS EMPLEADOS EN EJERCICIO DE SUS CARGOS O SUS REEMPLAZOS, POR ACTOS QUE SE TIPIFIQUEN COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL, O EN ALCANCES POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS.

LIMITE ASEGURADO: $ 800.000.000

CONDICIONES BASICAS OBLIGATORIAS

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Limite de Pago
$ **24,000,000.00	$ ******10,000.00	$ ***4,561,900.00	$ ********28,571,900.00	$ *******800,000,000.00	16 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
ASESORIAS EN SEGUROS & CIA LTDA.	38667	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA E	30.00	240,000,000.00

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 CARRERA 13 NO 96-60/74 - Telefono: 2180903 - BOGOTA, D.C.



(415)7709998021167(8020)11000631844285(3900)000028571900(96)20270308

REFERENCIA PAGO:

1100063184428-5

11-42-101000800

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

TOMADOR
JHONGUTIERREZ

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.	BOGOTA	11	11-42-101000800	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
16	03	2026	08	03	2026	24:00	08	03	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	899.999.151-3

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CRA 2 N 1 80	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	8924538

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	899.999.151-3

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CRA 2 N 1 80	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	8924538

Adicional:

- Continuación -

LAS CONDICIONES BASICAS OBLIGATORIAS (COBERTURA Y CLAUSULAS) QUE SE DETALLA SON DE OBLIGATORIO OFRECIMIENTO POR PARTE DE LOS OFERENTES.

SI EN LA PROPUESTA SE OMITEN, SE MODIFICAN O SE CONDICIONAN EN DETRIMENTO DE LA ENTIDAD, UNA O VARIAS DE LAS CONDICIONES BASICAS OBLIGATORIAS, EL RAMO SERA CALIFICADO COMO NO CUMPLE TECNICAMENTE Y SERA RECHAZADO EL RAMO Y LA OFERTA.

RIESGOS AMPARADOS

1. ALCANCES FISCALES
2. AMPARO A PERSONAL DE COMPAÑIAS QUE TIENEN VINCULACION CON EL ASEGURADO Y MANEJANFONDOS O BIENES DEL ASEGURADO TALES COMO SUBCONTRATISTAS, SERVICIOS TEMPORALES Y/O SIMILARES.
3. COSTOS EN JUICIOS U HONORARIOS PROFESIONALES
4. DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO ECONOMICO
5. DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA
6. FALLOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL FISCAL
7. GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS
8. GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS
9. PERDIDAS POR PERSONAL NO IDENTIFICADOS

CLAUSULAS ADICIONALES OBLIGATORIAS

1. AMPARO AUTOMATICO A NUEVOS CARGOS
2. AMPLIACION DE AVISO DE SINIESTRO A 120 DIAS
3. CAJAS MENORES
4. CAMBIOS EN LA DENOMINACION DE CARGOS
5. CLAUSULAS DE PROTECCION BANCARIA
6. CONOCIMIENTO DEL RIESGO
7. DEFINICION AMPLIA DE TRABAJADOR O EMPLEADO
8. DESAPARICIONES MISTERIOSAS
9. DESIGNACION DE AJUSTADORES
10. ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES
11. GASTOS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA (100% DE LOS DEMOSTRADOS)
12. HONORARIOSPROFESIONALES DE ABOGADOS, CONSULTORES, AUDITORES, INTERVENTORES, ETC.
13. MODIFICACION DE CARGOS
14. MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO
15. RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO
16. REVOCACION DE LA POLIZA A 90 DIAS

CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS

1. ANTICIPO DE INDEMNIZACION AL 50%
2. DETERMINACIONDELVALORDE LAPERDIDAINDEMNIZABLECON BASEEN COTIZACIONES DE BIENES DE LA MISMA CLASE, CAPACIDAD, TIPO Y MARCA
3. GASTOS ADICIONALES
4. INCREMENTO EN EL LIMITE BASICO, SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL
5. PAGO DE LA INDEMNIZACION DIRECTAMENTE A CONTRATISTAS Y PROVEEDORES

DEDUCIBLES

3% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA, SIN MINIMO

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.

11-42-101000800

FIRMA TOMADOR

JHONGUTIERREZ

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. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-42-101000800	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
16	03	2026	08	03	2026	24:00	08	03	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación :
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	899.999.151-3

Dirección :	Ciudad :	Teléfono :
CRA 2 N 1 80	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	8924538

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario :	Identificación :
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	899.999.151-3

Dirección :	Ciudad :	Teléfono :
CRA 2 N 1 80	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	8924538

Adicional: NINGUNO

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

www.segurosdelestado.com
o 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

pse · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER · éxito · MOVIIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Limite de Pago
$ **24,000,000.00	$ ******10,000.00	$ ***4,561,900.00	$ ********28,571,900.00	$ *******800,000,000.00	16 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
ASESORIAS EN SEGUROS & CIA LTDA.	38667	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA E	30.00	240,000,000.00
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)11000631844285(3900)000028571900(96)20270308

REFERENCIA PAGO:
1100063184428-5

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028684	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA** NIT **899.999.151-3**
DIRECCION **CRA 2 N 1 80** CIUDAD **FACATATIVA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8924538**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA** NIT **899.999.151-3**
DIRECCION **CRA 2 N 1 80** CIUDAD **FACATATIVA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8924538**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 03 / 2026	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ASESORIAS EN SEGUROS & CIA LTDA.	38667	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES DUAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 4,000,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 4,000,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			**$ 200,000,000.00**
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			**$ 4,000,000,000.00**

DEDUCIBLES: º 3.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH º 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****4,000,000,000.00	PRIMA:	$ *******231,920,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********44,064,800.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******275,984,800.00

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 SEGURESTADO,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 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: CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11000631830912(3900)000275984800(96)20270308

REFERENCIA PAGO:
1100063183091-2

11-03-101028684

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028684	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 03 / 2026	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ASESORIAS EN SEGUROS & CIA LTDA. CLIENTE	38667	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****4,000,000,000.00	PRIMA:	$ *******231,920,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********44,064,800.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******275,984,800.00

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 SEGURESTADO,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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11000631830912(3900)000275984800(96)20270308

REFERENCIA PAGO:
1100063183091-2

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028684	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA CLINICAS Y HOSPITALES

OBJETO DEL SEGURO: AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y MORALES, LOS DAÑOS MATERIALES Y LAS LESIONES PERSONALES QUE EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA, CAUSE CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, ORIGINADA DENTRO DE SUS INSTALACIONES O FUERA DE ELLAS EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES POR PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO, AUXILIAR MEDICO, ENFERMERIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, FIRMAS ESPECIALIZADAS, UNIONES TEMPORALES, COOPERATIVAS, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO, AL SERVICIO Y BAJOS SUPERVISION DE LA ENTIDAD.

VALOR ASEGURADO:
-OCURRENCIA $ 2.000.000.000
-CLAIMS MADE $ 2.000.000.000

NOTA: SE ACLARA QUE LA MODALIDAD CLAIMS MADE CON RETROACTIVIDAD DE 2 AÑOS.

RIESGOS AMPARADOS

1. AMPARO DE DAÑO MORAL Y/O PERJUICIO EXTRAPATRIMONIAL OBLIGATORIO
2.GASTOS DE DEFENSA EN EL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA: $ 200.000.000
3. GASTOS MEDICOS: $ 100.000.000 EN EXCESO DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (P.L.O)
4. RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LAPOSESION O USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.
5. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO), POR LOS DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESION, USO DE LOS PREDIOS EN DONDE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
6. RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DEL HOSPITAL
7. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL SUMINISTRO DE MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS U APARATOS ORTOPEDICOS PARA EL RESPECTIVO TRATAMIENTO Y ESTEN DEBIDAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
8. SERVICIOS PRESTADOS POR LOS FUNCIONARIOS ASIGNADOS POR LA ENTIDAD EN CUALQUIER LUGAR DEL TERRITORIO NACIONAL.

CLAUSULAS ADICIONALES

1. ACCIONES U OMISIONES DE LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES DERIVADA DE SU EJERCICIO PROFESIONAL.
2.AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES
3.ERRORES U OMISIONES POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL NO INTENCIONALES DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, UNIONES TEMPORALES, COOPERATIVAS, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO.
4. ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES
5. REVOCACION DE LA POLIZA, AVISO 90 DIAS
6. GASTOS ADICIONALES GENERADOS POR:
DEFENSA DE CUALQUIER DEMANDA CIVIL ENTABLADA CONTRA EL ASEGURADO
LA PRESENTACION DE FIANZAS, INCLUIDAS LOS EMBARGOS
CONDENA EN COSTAS E INTERESES DE MORA ACUMULADOS A CARGO DEL ASEGURADO

CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS
1.ARBITRAMENTO
2. DESIGNACION DE AJUSTADORES
3. MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO
4. NO SUBROGACION CONTRA EMPLEADOS DEL ASEGURADO, SALVO DOLO

DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA MAXIMO: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
GASTOS MEDICOS: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE.
DEMAS EVENTOS MAXIMO: 3% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA, SIN MINIMO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-02-101008292	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA** NIT **899.999.151-3**

DIRECCION **CRA 2 N 1 80** CIUDAD **FACATATIVA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8924538**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA** NIT **899.999.151-3**

DIRECCION **CRA 2 N 1 80** CIUDAD **FACATATIVA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8924538**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 03 / 2026	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ASESORIAS EN SEGUROS & CIA LTDA.	38667	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
SOLIDARIA	30.00

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES / OFICIALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,000,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE	$ 2,000,000,000.00		
	GASTOS MÉDICOS HUMANITARIOS RCE			$ 100,000,000.00
	GASTO DE DEFENSA RCE			$ 100,000,000.00
	BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE			$ 400,000,000.00
	PARQUEADEROS RCE			$ 800,000,000.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE			$ 800,000,000.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE			$ 1,000,000,000.00
	VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE			$ 800,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 3.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE/ BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE/ PARQUEADEROS RCE/ RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA RCE/RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL RCE/VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS RCE ° 3.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTO DE DEFENSA RCE

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,000,000,000.00	PRIMA:	$ *********4,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********760,000.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********4,760,000.00

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 SEGURESTADO,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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

REFERENCIA PAGO: 1100063183094-4

(415)7709998021167(8020)11000631830944(3900)000004760000(96)20270308

11-02-101008292

FIRMA AUTORIZADA

JHONGUTIERREZ

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-02-101008292	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA** NIT **899.999.151-3**

DIRECCION **CRA 2 N 1 80** CIUDAD **FACATATIVA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8924538**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA** NIT **899.999.151-3**

DIRECCION **CRA 2 N 1 80** CIUDAD **FACATATIVA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **8924538**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 03 / 2026	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027	08 / 03 / 2026	08 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ASESORIAS EN SEGUROS & CIA LTDA. CLIENTE	38667	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION
SOLIDARIA	30.00

INFORMACION DEL RIESGO

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

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PAGINA WEB pse VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER éxito MOVIIRED

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

SURTIMAX Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,000,000,000.00	PRIMA:	$ *********4,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********760,000.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********4,760,000.00

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 SEGURESTADO,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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11000631830944 (3900) 000004760000 (96) 20270308

REFERENCIA PAGO:
1100063183094-4

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-02-101008292	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

CLAUSULA DISTRIBUCION DE COASEGURO CEDIDO

EL PRESENTE AMPARO LO OTORGA SEGUROS DEL ESTADO S.A. Y LO SUSCRIBEN LAS COMPAÑIAS CITADAS MAS ADELANTE, PERO LAS OBLIGACIONES DE LAS COMPAÑIAS PARA CON EL ASEGURADO NO SON SOLIDARIAS.

COMPAÑIA	% PART.	VLR. ASEGURADO	PRIMA	FIRMA
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	70.00	1,400,000,000.00	2,800,000.00	
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COO	30.00	600,000,000.00	1,200,000.00	
TOTAL	100.00	2,000,000,000.00	4,000,000.00	

MONEDA DE LAS ANTERIORES SUMAS: PESOS

LA ADMINISTRACION Y ATENCION DE LA POLIZA CORRESPONDE A SEGUROS DEL ESTADO S.A., LA CUAL RECIBIRA DEL ASEGURADO LA PRIMA TOTAL PARA DISTRIBUIRLA ENTRE LAS COMPAÑIAS COASEGURADORAS EN LAS PROPORCIONES INDICADAS ANTERIORMENTE.

EN LOS SINIESTROS, SEGUROS DEL ESTADO S.A., PAGARA UNICAMENTE LA PARTICIPACION PORCENTUAL SEÑALADA ANTERIORMENTE Y ADEMAS, UNA VEZ RECIBIDA LA PARTICIPACION CORRESPONDIENTE DE LAS OTRAS COMPAÑIAS, LA ENTREGARA AL ASEGURADO, SIN QUE EN NINGUN MOMENTO SE HAGA RESPONSABLE POR UN PORCENTAJE MAYOR AL DE SU PARTICIPACION.

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-02-101008292	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			NIT	899.999.151-3
DIRECCION	CRA 2 N 1 80	CIUDAD	FACATATIVA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8924538
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

4.POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (PLO)

OBJETO DEL SEGURO

AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y MORALES, LOS DAÑOS MATERIALES Y LAS LESIONES PERSONALES QUE EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA CAUSE CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRAN; EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES, PERSONAL DIRECTIVO, EMPLEADOS, REEMPLAZOS, PERSONAL AUXILIAR, FIRMAS ESPECIALIZADAS, UNIONES TEMPORALES, COOPERATIVAS, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO, AL SERVICIO Y BAJO SUPERVISION DE LA ENTIDAD.

LIMITE ASEGURADO:$ 2.000.000.000

RIESGOS AMPARADOS
1. ACTIVIDADES DEPORTIVAS, SOCIALES Y CULTURALES DENTRO O FUERA DE LOS PREDIOS
2. ALIMENTOS Y BEBIDAS
3. AVISOS, VALLAS, LETREROS DENTRO Y FUERA DE LOS PREDIOS
4. BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL
5. DAÑOS A BIENESDE TERCEROS, MUERTE O LESIONES OCASIONADAS APERSONAS CUANDO SEAN TRANSPORTADAS EN VEHICULOS DEL HOSPITAL
6. DEPOSITOS, Y TUBERIAS EN LOS PREDIOS
7. ERRORES DE PUNTERIA, USO DE ARMAS DE FUEGO POR PARTE DE VIGILANTES Y FUNCIONARIOS
8. GASTOS JUDICIALES
9. GASTOS MEDICOS, SIN DEDUCIBLE, INCLUYENDO PERSONAL DEL ASEGURADO
10. LOS DIRECTIVOS, ALUMNOS, EMPLEADOS, CONTRATISTAS Y AUXILIARES AL SERVICIO EN DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES
11. LUCRO CESANTE
12. ORIGINADA POR LA POSESION, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS
13. PARQUEADEROS, INCLUYENDO DAÑOS Y/O HURTO A VEHICULOS O SUS ACCESORIOS
14. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, INCLUYENDO INCENDIO Y EXPLOSION
15. PROPIETARIOS, ARRENDATARIOS Y POSEEDORES
16. RESPONSABILIDAD CIVIL POR USO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE TRABAJO, DE CARGUE Y DESCARGUE Y TRANSPORTE DE MERCANCIA DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO
17. RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA
18. RESPONSABILIDAD CIVIL DAÑOS MORALES
19. RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS EN EXCESO DEL LIMITE CONTRATADO EN LA POLIZA DE AUTOMOVILES, INCLUIDOS LOS VEHICULOS DE LOS FUNCIONARIOS EN DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL ASEGURADO
20. RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE MANEJO DE BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA, CONTROL Y CUSTODIA.
21. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR AMPLIACIONES, MODIFICACIONES Y/O REPARACIONES
22. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL
23. RESPONSABILIDAD CIVIL POR INCENDIO, EXPLOSION, DAÑOS POR AGUA.
24. RESPONSABILIDAD CIVIL POR VALLAS, AVISO Y LETREROS, CAFETERIAS, ESCALERAS Y EQUIPOS SIMILARES
25. RESTAURANTES, CASINOS Y CAMPOS DEPORTIVOS
26. VIAJE DE FUNCIONARIOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

CLAUSULAS ADICIONALES OBLIGATORIAS
1. ACTOS DE AUTORIDAD
2. AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS, OPERACIONES Y/O ACTIVIDADES
3. AMPLIACION DEL AVISO DEL SINIESTRO A 120 DIAS
4. ARBITRAMIENTO
5. ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL Y CIVIL
6. BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS
7.CONOCIMIENTO DEL RIESGO
8. CONTAMINACION ACCIDENTAL, SUBITA E IMPREVISTA
9. DESIGNACION DE AJUSTADORES
10. ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES
11. EXPERTICIO TECNICO
12. EXTENSION DE AMPAROS (ACTOS U OMISIONES COMETIDOS POR EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES A NIVEL NACIONAL)
13. GASTOS PARA DEMOSTRAR LA CUANTIA DEL SINIESTRO
14. INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL
15. MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO
16. RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO

CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS
REVOCACION DE LA POLIZA A LOS 90 DIAS

DEDUCIBLES:

GASTOS MEDICOS: SIN DEDUCIBLE
DEMAS AMPAROS: 3% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA, SIN MINIMO