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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003555	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
31	03	2026	05	03	2026	24:00	05	03	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

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	05/03/2026	05/03/2027	200,000,000.00
DEDUCIBLE : 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 0.50 SMMLV			

ACLARACIONES

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
ANEXO 4. ANEXO TECNICO SEGURO DE MANEJO GLOBAL PARA ENTIDADES OFICIALES

1. OBJETO DEL SEGURO:
AMPARAR AL E.S.E. HOSPITAL MARIO YANGUAS CONTRA LOS RIESGOS QUE IMPLIQUEN MENOSCABO DE SUS FONDOS Y/O BIENES, CAUSADOS POR ACCIONES U OMISIONES DE LOS EMPLEADOS EN EJERCICIO DE SUS CARGOS O SUS REEMPLAZOS, QUE INCURRAN EN ACTOS QUE SE TIPIFIQUEN COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA, O FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL, DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 014249 DEL 15 DE MAYO DE 1992, APROBADA POR LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES; O ALCANCES POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ **10,000,000.00	$ ******10,000.00	$ ***1,901,900.00	$ ********11,911,900.00	$ *******200,000,000.00	30 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
DMA SEGUROS LTDA	184610	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 CALLE 83 NO 19-10 - Telefono: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

(415)7709998021167(8020)11005141595237(3900)000011911900(96)20270305

REFERENCIA PAGO:
1100514159523-7

21-42-101003555
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

CLIENTE
JAIRORTIZ

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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003555	0

Fecha Expedicion			Vigencia Desde			A las Horas	Vigencia Hasta			A las Horas	Tipo Movimiento
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año		
31	03	2026	05	03	2026	24:00	05	03	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	Identificación	800.006.850-3
Dirección:	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	Ciudad: SOACHA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	Identificación	800.006.850-3
Dirección:	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	Ciudad: SOACHA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 7815748

Adicional:

- Continuación -

REGLAMENTARIAS, INCLUYENDO EL COSTO DE LA RENDICION DE CUENTAS EN CASO DE ABANDONO DEL CARGO O FALLECIMIENTO DEL EMPLEADO.

2. INFORMACION GENERAL:
TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

3. VALORES ASEGURADOS: $200,000,000

4. CARGOS ASEGURADOS:
GERENTE ORDENADOR DEL GASTO
SUB GERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
REFERENTE DE COMPRAS
REFERENTE DE ALMACEN
REFERENTE DE FARMACIA
REFERENTE DE TESORERIA
14 FACTURADORES RECAUDADORES

5. AMPAROS OBLIGATORIOS:
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA
DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO ECONOMICO
ALCANCES FISCALES, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS
JUICIOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS
COSTOS DE RECONSTRUCCION DE ARCHIVOS
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS EN CASOS DE ABANDONO DEL CARGO O FALLECIMIENTO DEL SERVIDOR PUBLICO
PERDIDA POR EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO LAS PRUEBAS PRESENTADAS PERMITAN TENER LA CERTEZA DE QUE LAS PERDIDAS FUERON CAUSADAS UNICAMENTE POR UNO O VARIOS EMPLEADOS DE LA ENTIDAD ASEGURADA, A CUALQUIER TITULO (AUTOR INTELECTUAL, MATERIAL O COMPLICE)
PERDIDAS POR EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS, SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

6. CLAUSULAS ADICIONALES:
AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS AVISO SESENTA (60) DIAS
AMPLIACION DEL AVISO DE SINIESTRO A 60 DIAS
ANTICIPACION DE INDEMNIZACION DE 50% PREVIA DEMOSTRACION DE OCURRENCIA Y CUANTIA
CLAUSULA DE PROTECCION BANCARIA 30% DEL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO DICHA PERDIDA SE DEBA A FALSIFICACION O ADULTERACION DE UN CHEQUE, LETRA DE CAMBIO, PAGARE, CARTA DE CREDITO O CUALQUIER OTRA CLASE DE TITULO VALOR QUE EL BANCO O LA ENTIDAD FINANCIERA PRESUMA QUE HA SIDO FIRMADO, ENDOSADO O AVALADO POR EL BENEFICIARIO DE LA POLIZA O POR UNA PERSONA QUE OBRE EN SU NOMBRE O REPRESENTACION Y QUE EL BANCO O ENTIDAD FINANCIERA COMPRUEBE QUE NO ES RESPONSABLE POR DICHO PAGO Y SE DEMUESTRE LA PARTICIPACION DE UNO O MAS EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
COSTOS EN JUICIOS Y HONORARIOS HASTA EL 10% DEL VALOR ASEGURADO
DEFINICION DE TRABAJADOR O EMPLEADO: MEDIANTE ESTE ANEXO SE AMPLIA LA DEFINICION DEL EMPLEADO A LA PERSONA NATURAL QUE PRESTA SUS SERVICIOS AL HOSPITAL, VINCULADA A ESTA MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO, ORDEN DE TRABAJO O MEDIANTE NOMBRAMIENTO POR DECRETO RESOLUCION. ASI MISMO BAJO ESTA DEFINICION SE CONTEMPLAN LOS EMPLEADOS, ASESORES Y CONSULTORES QUE DESARROLLAN FUNCIONES EN LA ENTIDAD ASEGURADA.
DESIGNACION DE AJUSTADORES SEGUN LISTADO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS
EMPLEADOS TEMPORALES, SUBLIMITE 50% DEL LIMITE ASEGURADO
EMPLEADOS TEMPORALES Y VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, APRENDIZAJE O COOPERATIVAS, SUBLIMITE 50% DEL LIMITE

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.

21-42-101003555

FIRMA TOMADOR

JAIRORTIZ

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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003555	0

Fecha Expedicion			Vigencia Desde			A las	Vigencia Hasta			A las	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Horas	Día	Mes	Año	Horas	Tipo Movimiento
31	03	2026	05	03	2026	24:00	05	03	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	Identificación	800.006.850-3
Dirección:	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	Ciudad: SOACHA, CUNDINAMARCA	Teléfono: 7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	Identificación	800.006.850-3
Direccion:	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	Ciudad: SOACHA, CUNDINAMARCA	Telefono: 7815748

Adicional:

- Continuación -

ASEGURADO
ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES
HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, CONSULTORES, AUDITORES INTERVENTORES, ETC. HASTA $50.000.000
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS: AL CINCUENTA (50%) POR CIENTO DEL VALOR ASEGURADO
RECLAMACION DIRECTA; SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE LA OCURRENCIA Y CUANTIA; SE ENTIENDE CAUSADO EL SINIESTRO: CUANDO SE TRATE DE PERDIDAS OCASIONADAS POR DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE SE LIQUIDEN EN JUICIOS DE CUENTAS, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS, QUE IMPLIQUEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DEL ASEGURADO, EN EL MOMENTO MISMO EN QUE EL EMPLEADO COMETIO EL HECHO DAÑOSO (OCURRIDO EN LA VIGENCIA), SIN EMBARGO EL TERMINO PRESCRIPTIVO ORDINARIO SOLO PRINCIPIARA A CONTARSE CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA POR SI O POR MEDIO DE SUS AGENTES, DESCUBRA LA PERDIDA.
REVOCACION DE LA POLIZA 60 DIAS

DEDUCIBLES:
CAJAS MENORES: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE.
PERDIDAS POR PERSONAL NO IDENTIFICADO: 5% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 0,5 SMMLV.
DEMAS EVENTOS: 5% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 0,5 SMMLV.

AMPAROS ADICIONALES:
RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DEL LIMITE ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO, SIN COBRO DE PRIMA ADICIONALSE OTORGA HASTA UNA VEZ

CLAUSULAS MEJORADAS:
PERDIDA POR EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO LAS PRUEBAS PRESENTADAS PERMITAN TENER LA CERTEZA DE QUE LAS PERDIDASSE OTORGA UN 10% ADICIONAL AL BASICO PARA UN TOTAL DEL 60% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO LAS PRUEBAS PRESENTADAS PERMITAN TENER LA CERTEZA DE QUE LAS PERDIDAS.

EXCLUSION ABSOLUTA DE CORONAVIRUS ENFERMEDADES INFECCIOSAS:
SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA DISPOSICION EN CONTRARIO, SE ACLARA QUE ESTE SEGURO NO CUBRE NINGUNA RECLAMACION, PERDIDA, RESPONSABILIDAD, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE, CONTRIBUYA O RESULTE DE ENFERMEDADES, EPIDEMIAS O PANDEMIAS, TALES COMO EL CORONAVIRUS (COVID19), ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SINDROME CORONAVIRUS 2 (SARSCOV2), O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTOS.
ESTA EXCLUSION TAMBIEN APLICA A CUALQUIER RECLAMO, PERDIDA, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE, EN CONTRIBUCION A, O RESULTANTE DE:
CUALQUIER TEMOR O AMENAZA QUE SURJA EN RESPUESTA A UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA REAL O POTENCIAL; O
CUALQUIER ACCION TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON CUALQUIER BROTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TALES COMO CORONAVIRUS (COVID19), CORONAVIRUS 2 POR SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARSCOV2), CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTOS, O DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, EPIDEMIA O PANDEMIA.

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.

21-42-101003555

FIRMA TOMADOR

JAIRORTIZ

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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003555	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
14	04	2026	05	03	2026	24:00	05	03	2027	24:00	ANEXO NO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

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

PÁGINA WEB

VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

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 Límite de Pago
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ *******200,000,000.00	/ /

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
DMA SEGUROS LTDA	184610	100.00
EN BANCOS NO		

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.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003555	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
14	04	2026	05	03	2026	24:00	05	03	2027	24:00	ANEXO NO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

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	05/03/2026	05/03/2027	200,000,000.00	200,000,000.00

DEDUCIBLE : 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 0.50 SMMLV

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE ACLARA EL VALOR DE CAJA MENOR EN LA POLIZA CITADA ASI:
-VALOR CAJA MENOR POR VALOR DE $6.000.000.

DEMAS TERMINOS SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

CAJA MENOR

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ *******200,000,000.00	/ /

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
DMA SEGUROS LTDA	184610	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 CALLE 83 NO 19-10 - Telefono: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

21-42-101003555
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

COPIA COMPAÑIA
PAULAFAJARDO

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 Expedicion	Sucursal	Cod.Suc	No.Poliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-42-101003555	1

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
14	04	2026	05	03	2026	24:00	05	03	2027	24:00	ANEXO NO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	800.006.850-3	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	SOACHA, CUNDINAMARCA	7815748

Adicional:

NO DE CUOTA	FEC VENCIMIENTO	PRIMA NETA	IVA	TOTAL A PAGAR
1	14/04/2026	0.00	0.00	0.00

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.

21-42-101003555

FIRMA TOMADOR

PAULA FAJARDO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA