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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	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
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE | **Identificación :** 800.174.375-5

Dirección : CL 4 NRO. 5 - 00 | **Ciudad :** FOMEQUE, CUNDINAMARCA | **Teléfono :** 2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE | **Identificación :** 800.174.375-5

Dirección : CL 4 NRO. 5 - 00 | **Ciudad :** FOMEQUE, CUNDINAMARCA | **Teléfono :** 2411420

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: NO ESPECIFICADA - RIESGO: UNICO

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	11/02/2026	11/02/2027	50,000,000.00
DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA			

ACLARACIONES

POLIZA DE MANEJO GLOBAL ESTATAL

TOMADOR: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
NIT: 800.174.375-5
ASEGURADO: FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD
BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
NIT: 800.174.375-5

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ ***1,750,000.00	$ ******10,000.00	$ *****334,400.00	$ *********2,094,400.00	$ ********50,000,000.00	12 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DFL 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 Carrera 45A No. 102 A - 34 - Telefono: 6108441 - BOGOTA, D.C.



(415)7709998021167(8020)1100662078454 6(3900)000002094400(96)20270211

REFERENCIA PAGO: 1100662078454-6

33-42-101001898

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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Direccion:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

INTERES ASEGURABLE;

SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑIA, INDEMNIZARA A LA ENTIDAD ASEGURADA, CON SUJECION A LOS TRMINOS, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTA POLIZA , LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE LAENTIDAD ASEGURADA O POR LAS PERSONAS QUE BAJO SU RESPONSABILIDAD LO REEMPLACEN, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPAÑIA, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD A SEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA. EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION Y RECONSTRUCCION DE CUENTAS, QUE SE DEBA LLEVAR A CABO ENLOS CASOS DE ABANDONO DEL CARGO OFALLECIMIENTO DEL (LOS) FUNCIONARIO (S).

LIMITE ASEGURADO $ 50.000.000 EVENTO / VIGENCIA.

SUBLIMITE PARA CAJA MENOR $10.000.000

CARGOS AMPARADOS: TODO EL PERSONAL CON CONTRATO DE TRABAJO Y PRESTACION DE SERVICIOS.

DEDUCIBLE: - AMPARO BASICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA SIN MINIMO. -

DEMAS AMPAROS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 1 SMMLV.

CLAUSULAS ADICIONALES

- RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA POR EL PAGO DEL SINIESTRO, MAXIMO UNA VEZ.
- DEFICION DE FUNCIONARIO.
- PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS
- SUBLIMITE DEL 50% DEL AMPARO BASICO.
- AMPLIACION DE AVISO DE SINIESTRO 30 DIAS
- DESIGNACION DE AJUSTADOR - ERRORES, INEXACTITUDES U OMISIONES.
- PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS
- SUBLIMITE DEL 50% DEL AMPARO BASICO. - PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS
- SUBLIMITE DEL 50% DEL AMPARO BASICO.
- AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS Y EMPLEADOS: CON AVISO A LA COMPAÑIA DE 30 DIAS, Y COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA.
- ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA, Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN INDEMNIZAR.
- DESIGNACION DE AJUSTADORES
- DENOMINACION DE CARGOS
- CLAUSULA DE REVOCACION: TREINTA (30) DIAS. AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DIAS.
- 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.

CONDICIONES GENERALES: SEGUN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) FORMA 01/09/2003 - 1329 - P - 13- E-MAGE-007A

CONDICIONES GENERALES

1.AMPARO

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

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Direccion:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPANIA, INDEMNIZARA A LA ENTIDAD ASEGURADA, CON SUJECION A LOS TERMINOS, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTA POLIZA, LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD ASEGURADA O POR LAS PERSONAS QUE BAJO SU RESPONSABLIDAD LO REEMPLACEN, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPANIA, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS, 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.

EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION Y RECONSTRUCCION DE CUENTAS, QUE SE DEBA LLEVARA CABO EN LOS CASOS DE ABANDONO DEL CARGO O FALLECIMIENTO DEL (LOS) FUNCIONARIO (S).

2.EXCLUSIONES

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LAS PERDIDAS QUE SUFRA LA ENTIDAD ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE:

2.1.MERMAS O DANOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES POR CUALQUIER CAUSA NATURAL, NO IMPUTABLE A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS DETERMINADOS.

2.2.MERMAS O DANOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES POR INCENDIO, EXPLOSION, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMBLORES DE TIERRA O CUALQUIERA OTRA CONVULSION DE LA NATURALEZA, GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, HUELGAS, ASONADAS, MOTINES, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, Y EN GENERAL, CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.

IGUALMENTE, CUALQUIER DELITO DE LOS CUBIERTOS POR ESTA POLIZA, EN QUE INCURRA UNO O VARIOS FUNCIONARIOS AL AMPARO DE LAS SITUACIONES CREADAS POR LOS EVENTOS ESPECIFICADOS EN EL PARRAFO ANTERIOR.

2.3.SANCIONES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS O MULTAS IMPUESTAS A LOS FUNCIONARIOS.

2.4.CREDITOS CONCEDIDOS POR LA ENTIDAD ASEGURADA A LOS FUNCIONARIOS, AUN CUANDO SE HAYAN OTORGADO A BUENA CUENTA O ANTICIPO SOBRE COMISIONES, HONORARIOS, SUELDOS O CUALQUIER OTRO CONCEPTO.

2.5.LUCRO CESANTE.

2.6.MERMAS, DIFERENCIAS DE INVENTARIOS, DESAPARICIONES O PERDIDAS NO IMPUTABLES A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS DETERMINADOS.

3.PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

CORRESPONDERA A LA ENTIDAD ASEGURADA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, ASI COMO LA CUANTIA DE LA PERDIDA. LA ENTIDAD ASEGURADA INFORMARA A LA COMPANIA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER.

OCURRIDO EL SINIESTRO, LA ENTIDAD ASEGURADA TIENE LA OBLIGACION DE EMPLEAR TODOS LOS MEDIOS DE QUE DISPONGA Y TOMAR LAS MEDIDAS QUE ESTEN A SU ALCANCE PARA EVITAR SU PROPAGACION O EXTENSION Y SALVAR Y CONSERVAR LOS BIENES OBJETO DEL DELITO, PARA LO CUAL ATENDERA, ADEMAS, EVENTUALES INSTRUCCIONES DE LA COMPANIA. LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO, ESTA IGUALMENTE OBLIGADA A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR Y PONER DE MANIFIESTO A LA COMPANIA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, COPIAS DE FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LA COMPANIA ESTE EN DERECHO DE EXIGIRLE, EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO.

CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y DEBERES ESTABLECIDOS EN ESTA CONDICION, LA COMPANIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO, ESTA IGUALMENTE OBLIGADA A

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

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR Y PONER DE MANIFIESTO A LA COMPANIA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, COPIAS DE FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LA COMPANIA ESTE EN DERECHO DE EXIGIRLE, EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO.

CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y DEBERES ESTABLECIDOS EN ESTA CONDICION, LA COMPANIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

DE OTRA PARTE, LA ENTIDAD ASEGURADA ESTA OBLIGADA A DECLARAR A LA COMPANIA, AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO, LOS SEGUROS COEXISTENTES DE IGUAL NATURALEZA QUE EXISTAN SOBRE EL FUNCIONARIO AMPARADO, CON LA INDICACION DE LA COMPANIA Y DE LA SUMA ASEGURADA. LA INOBSERVANCIA MALICIOSA DE ESTA OBLIGACION, LE ACARREARA LA PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

4.CERTIFICADOS

LA COMPANIA EXPEDIRA LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS, QUE ENTREGARA A LA ENTIDAD ASEGURADA:

4.1.DE MODIFICACION.

CUANDO EL FUNCIONARIO SEA TRASLADADO, PROMOVIDO O LE SEAN ADSCRITAS FUNCIONES DE OTRO CARGO DE MANEJO, O CUANDO SEA AUMENTADO O DISMINUIDO EL VALOR ASEGURADO, LA COMPANIA EXPEDIRA UN CERTIFICADO DE MODIFICACION DEL SEGURO. LA FALTA DE ESTE CERTIFICADO EN LOS CASOS ANTERIORES NO EXIME A LA COMPANIA DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS, SIEMPRE Y CUANDO LE SEAN COMUNICADOS OPORTUNAMENTE Y ACEPTADOS EXPRESAMENTE POR ELLA. LOS CASOS DE REEMPLAZOS TEMPORALES POR VACACIONES, INCAPACIDADES, LICENCIAS, ETC., DEBERAN SER INFORMADOS A LA COMPANIA.

4.2.DE RENOVACION O DE PRORROGA.

LA COMPANIA EXPEDIRA UN CERTIFICADO PARA ATENDER LOS CASOS DE RENOVACION DEL SEGURO O AQUELLOS EN LOS CUALES DEBA AMPLIARSE SU VIGENCIA

5.RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA

LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA CESARA POR EL PAGO DEL SINIESTRO HASTA POR EL VALOR ASEGURADO.

6.SINIESTRO

SE ENTIENDE OCURRIDO EL SINIESTRO, EN LOS SIGUIENTE CASOS:

6.1.CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA SUFRA MENOSCABO PATRIMONIAL A CONSECUENCIA DE UNO DE LOS EVENTOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE POLIZA.

6.2.CUANDO SE TRATE DE ALCANCES QUE SE LIQUIDEN EN JUICIOS DE CUENTAS, EN LA FECHA EN LA CUAL QUE DE DEBIDAMENTE EJECUTORIADA LA PROVIDENCIA QUE DECLARE FISCALMENTE RESPONSABLE AL FUNCIONARIO O EMPLEADO.

7.PAGO

LA COMPANIA PAGARA LA INDEMNIZACION DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL HAYA RECIBIDO COPIA AL CARBON, O FOTOCOPIA AUTENTICADA, DE LA DENUNCIA PENAL INSTAURADA CONTRA EL FUNCIONARIO, POR UN HECHO AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA ACOMPANADA DEL ACTA DE INVESTIGACION ADMINISTRATIVA O FISCAL DONDE CONSTE LA CUANTIA DE LA PERDIDA Y CERTIFICACION DEL VALOR DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO DE TRABAJO A FAVOR DEL FUNCIONARIO.

EL VALOR ASEGURADO QUE SE TENDRA EN CUENTA PARA EFECTOS DE LA INDEMNIZACION, SERA AQUEL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL ACTO CONSTITUTIVO DEL DELITO. ES ENTENDIDO QUE EL MONTO DE LA INDEMNIZACION PODRA SER REDUCIDO EN EL VALOR QUE SE LE ADEUDE AL FUNCIONARIO POR CONCEPTO DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO DE TRABAJO.

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

EN EL EVENTO DE ALCANCES ORIGINADOS POR INCUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES LEGALES QUE IMPLIQUEN MENOSCABO DEL ERARIO PUBLICO, LA COMPANIA PAGARA LA INDEMNIZACION DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE EJECUTORIA DE LA PROVIDENCIA QUE DECLARE LA RESPONSABILIDAD FISCAL DEL FUNCIONARIO.

CUANDO FUEREN INVOLUCRADOS DOS O MAS FUNCIONARIOS RESPONSABLES ANTE LA ENTIDAD ASEGURADA, DENTRO DE LA INVESTIGACION PENAL ORIGINADA EN UN HECHO QUE TIPIFIQUE UN DELITO CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA Y NO FUERE POSIBLE DETERMINAR LA CUANTIA DE LA PERDIDA IMPUTABLE A CADA CUAL, EL PAGO DEL SINIESTRO SE EFECTUARA EN PROPORCION AL VALOR ASEGURADO DE CADA UNO.

CUANDO SE TRATE DE DANO EMERGENTE, EL PAGO DEBERA REALIZARSE POR EL VALOR EN LIBROS.

8.DEDUCIBLE

EL DEDUCIBLE DETERMINADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA, ES EL MONTO O PORCENTAJE DEL VALOR DEL SINIESTRO INDEMNIZABLE QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE ESTE Y QUE, POR TANTO, SIEMPRE QUEDA A CARGO DE LA ENTIDAD ASEGURADA.

EL DEDUCIBLE SE APLICARA A LA INDEMNIZACION POR CADA SUCESO AMPARADO. SE ENTIENDE POR TAL, CUALQUIER PERDIDA O SINIESTRO O SERIE DE PERDIDAS O SINIESTROS PROVENIENTES DE UN MISMO SUCESO.

9.COMPENSACION

SI LA ENTIDAD ASEGURADA, AL MOMENTO DE DESCUBRIRSE EL ILICITO O CUANDO SE HAYA DETERMINADO EL MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA MISMA Y ANTES DE SER PAGADA LA INDEMNIZACION, ES DEUDORA DEL FUNCIONARIO POR CUALQUIER CONCEPTO, LA PERDIDA SERA REDUCIDA EN EL MONTO DE DICHA DEUDA SIEMPRE Y CUANDO OPERE LEGALMENTE LA COMPENSACION.

ES ENTENDIDO QUE EN EL EVENTO DE SER EL MONTO DE LA DEUDA, MAYOR IGUAL A LA PERDIDA SUFRIDA POR LA ENTIDAD ASEGURADA, LA COMPANIA NO ESTA OBLIGADA A EFECTUAR PAGO ALGUNO.

10.SALVAMENTOS

LA ENTIDAD ASEGURADA SE OBLIGA A ENTREGAR A LA COMPANIA CUALQUIER SUMA, DIFERENTE A LAS CONTEMPLADAS EN LAS CONDICIONES 7. Y 9. ANTERIORES, QUE OBTENGA DEL FUNCIONARIO DESPUES DE EFECTUADO EL PAGO DE LA INDEMNIZACION, HASTA POR SU MISMO VALOR.

11.SUBROGACION

EL PAGO DE LA INDEMNIZACION EFECTUADO POR LA COMPANIA, IMPLICA LA SUBROGACION LEGAL HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ASEGURADA TENGA O PUEDA TENER CONTRA EL FUNCIONARIO.

12.EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

SI DESPUES DE PAGADO EL SINIESTRO, EL FUNCIONARIO FUERA EXONERADO DE RESPONSABILIDAD, LA COMPANIA TIENE DERECHO A QUE LA ENTIDAD ASEGURADA LE REINTEGRE EL VALOR DE LA INDEMNIZACION.

13.CESACION DEL AMPARO

SE ENTIENDE QUE CESARA EL AMPARO DE ESTE SEGURO:

13.1.CUANDO LA RESPECTIVA ENTIDAD ASEGURADA NOTIFIQUE A LA COMPANIA QUE CONTRA EL FUNCIONARIO O EMPLEADO CURSA UNA ACCION PENAL, DERIVADA DEL MANEJO DE LOS BIENES QUE SE LE CONFIARON.

13.2.TAN PRONTO COMO EL AFIANZADO DEJE DE EJERCER SUS FUNCIONES POR ENTREGA DEL CARGO, COMPROBADO EN EL ACTA CORRESPONDIENTE.

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5	
Dirección: CL 4 NRO. 5 - 00	**Ciudad:** FOMEQUE, CUNDINAMARCA	**Teléfono:** 2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5	
Dirección: CL 4 NRO. 5 - 00	**Ciudad:** FOMEQUE, CUNDINAMARCA	**Teléfono:** 2411420

Adicional:

- Continuación -

14.REVOCACION

EL PRESENTE CONTRATO SE ENTENDERA REVOCADO:

14.1.POR LA COMPANIA, MEDIANTE AVISO ESCRITO ENVIADO A LA ENTIDAD ASEGURADA A SU ULTIMA DIRECCION REPORTADA, CON NO MENOS DE TREINTA (30) DIAS DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVIO. EN ESTE CASO, DEVOLVERA LA PARTE DE PRIMA CORRESPONDIENTE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE LA REVOCACION Y LA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO, LIQUIDADA A PRORRATA POR LA VIGENCIA TRANSCURRIDA.

14.2.POR LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A LA COMPANIA, QUIEN DEVOLVERA EL IMPORTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA, LIQUIDADA A PRORRATA POR LA VIGENCIA TRANSCURRIDA, MAS UN RECARGO DEL DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA A PRORRATA Y LA PRIMA ANUAL.

15.INSPECCION

LA COMPANIA TENDRA EN TODO MOMENTO EL DERECHO DE VIGILAR AL FUNCIONARIO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y EL DE EXIGIR QUE POR LA ENTIDAD ASEGURADORA SE LLEVE A CABO EL MAS ESTRICTO Y PERMANENTE CONTROL DE LAS MISMAS.

PARA EVITAR QUE EN EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO DE INSPECCION, LA COMPANIA INTERVENGA INDEBIDAMENTE EN LA COMPETENCIA FISCALIZADORA DE LA ENTIDAD ASEGURADA, AMBAS ENTIDADES CONSTANTEMENTE INTERCAMBIARAN INFORMACION SOBRE EL MANEJO DEL FUNCIONARIO.

CON EL MISMO PROPOSITO, LA OFICINA DE LA ENTIDAD ASEGURADA QUE EJERZA EL CONTROL, COMUNICARA A LA COMPANIA EL RESULTADO DE LA INVESTIGACION.

16.NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LA CONDICION 3. DE ESTA POLIZA Y EN EL ARTICULO 1075 DEL CODIGO DE COMERCIO, RELATIVOS AL AVISO DEL SINIESTRO. SERA PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION, LA CONSTANCIA DE SU ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION CONOCIDA POR LA OTRA PARTE.

TAMBIEN SERA PRUEBA SUFICIENTE DE QUE LA NOTIFICACION HA SIDO FORMALIZADA, LA CONSTANCIA DE RECIBIDO CON LA FIRMA RESPECTIVA DE LA PARTE DESTINATARIA. ASI MISMO, SERA VALIDA CUALQUIERA OTRA NOTIFICACION QUE SE DEN LAS PARTES, POR CUALQUIER OTRO MEDIO PROBATORIO IDONEO RECONOCIDO POR LA LEY.

17.MODIFICACIONES

TODA MODIFICACION A LAS CONDICIONES IMPRESAS DE ESTA POLIZA, ASI COMO A LAS CLAUSULAS ADICIONALES O A LOS ANEXOS, DEBERA PONERSE A DISPOSICION DE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA, EN LA FORMA Y CON LA ANTELACION EN QUE DICHA ENTIDAD LO DETERMINE.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA SE MODIFICAN LAS CONDICIONES REGISTRADAS ANTE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS A LA POLIZA, AL MOMENTO DE SU RENOVACION.

18.PRESCRIPCION

LA PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE ESTE CONTRATO, SE REGIRA POR LO ESTATUIDO EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO.

19.DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS

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

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -
PARTES LA CIUDAD DE EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA