VERIFICA TU POLIZA AQUÍ

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN GENERAL CALLE 94 N° 11-30 PISO 4

TELÉFONO (601) 7463219

nacional de seguros

NIT.: 860.002.527-9
www.nacionaldeseguros.com.co

REFERENCIA	SUCURSAL		CÓD. SUCURSAL	CÓD.PUNTO DE VENTA	RAMO	No. PÓLIZA	ANEXO
227624	BOGOTA		11		30	400074197	1
FECHA EXPEDICIÓN	**VIGENCIA DESDE**	**A LAS**	**VIGENCIA HASTA**	**A LAS**	**TIPO DE MOVIMIENTO**		**HOJA**
Día - Mes - Año	Día - Mes - Año	Horas	Día - Mes - Año	Horas			
16 / 10 / 2026	2 / 10 / 2026	00:00	31 / 12 / 2029	00:00	MODIFICACIÓN		1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE	CONSORCIO _PEOPLE WORK DMTOL26	NIT	902.064.537 - 1
DIRECCIÓN	CARRERA 27 # 37 - 33 OFICINA 1204, BUCARAMANGA, SANTANDER	TELÉFONO	3014695736

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE	CONSORCIO PEOPLE WORK DMTOL26	NIT	902.064.537 - 1
DIRECCIÓN	CARRERA 27 # 37 - 33 OFICINA 1204, BUCARAMANGA, SANTANDER	TELÉFONO	3014695736

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	NIT	901.540.973 - 6	TELÉFONO	3108272887
BENEFICIARIO	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	NIT	901.540.973 - 6	TELÉFONO	3108272887

OBJETO DEL SEGURO

ANEXO 1:

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN MODIFICATORIO NO. 1 DEL 02 DE OCTUBRE DE 2026, SE AUMENTA VALOR DEL CONTRATO A $271.763.688,58, LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

OBJETO DE LA POLIZA:

TIPO DE OBLIGACIÓN: CUMP-PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/10/2026	30/10/2027	54.352.737.72	50.000,00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	02/10/2026	31/12/2029	13.588.184.43	50.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	02/10/2026	30/10/2027	54.352.737.72	50.000,00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	No DOCUMENTO PARA PAGO
$ 150.000,00	$ 0,00	$ 28.500,00	$ 178.500,00	Día - Mes - Año 15/11/2026	902064537

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR ASEGURADO EN LETRAS
$ 122.293.659,87	CIENTO VEINTIDÓS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y SIETE C

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	%	NOMBRE COMPAÑÍA	%	VALOR ASEGURADO
OSCAR JAVIER MEJIA WANDURRAGA	430	100,00			

FIRMA AUTORIZADA
NACIONAL DE SEGUROS S.A.
IVA REGIMEN COMUN- ACTIVIDAD ECONOMICA 6511
TARIFA ICA 11.04/1000

Firmado por:
Nacional De Seguros S A
Compañia De Seguros Generales
2026/10/16 03:10:29:069

FIRMA TOMADOR

Nacional de Seguros S.A.
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO
04/02/2025|1307|NT-P|05|NT-CUMP-ESTATAL6|D00I 07/03/2025|1307|P|05|CL-CUMP-ESTATAL5|D00I
NRODRIGUEZG

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400074197	1	BOGOTA	16 /10 /2026	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	TIPO DE MOVIMIENTO
00:00 Horas del 2 /10 /2026	00:00 Horas del 31 /12 /2029	MODIFICACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL	CALLE 94 N° 11-30 PISO 4
TELÉFONO	7463219

TOMADOR	CONSORCIO _PEOPLE WORK DMTOL26	NIT	902.064.537 - 1
DIRECCIÓN	CARRERA 27 # 37 - 33 OFICINA 1204, BUCARAMANGA, SANTANDER	TELÉFONO	3014695736
ASEGURADO	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	NIT	901.540.973 - 6
DIRECCIÓN	KILOMETRO 3 VGIA MELGAR - GIRARDOT, NILO, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3108272887
BENEFICIARIO	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	NIT	901.540.973 - 6
DIRECCIÓN	KILOMETRO 3 VGIA MELGAR - GIRARDOT, NILO, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3108272887

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. SAMC-128-DMTOL-2026, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL A TODO COSTO DE DESINFECCIÓN HOSPITALARIA, SERVICIO DE LAVANDERÍA Y ASEO GENERAL DE LAS ÁREAS INTERNAS Y EXTERNAS DE LAS INSTALACIONES DEL DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA, INSTALACIONES DEL ESM BATALLÓN DE INFANTERÍA NO. 39 SUMAPAZ - BISUM, ESCUELA DE SOLDADOS PROFESIONALES ESPRO Y DE LOS CONSULTORIOS MÉDICOS DE GIRARDOT, DURANTE LA VIGENCIA 2026"

TOMADOR AFIANZADO CONSORCIO PEOPLE WORK DMTOL26:
- COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PEOPLE WORK NIT 804015557-2 PART. 60%
- PEOPLE WORK SAS NIT 901876591-9 PART. 40%

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS.
LA ASEGURADORA RENUNCIA EXPRESAMENTE AL BENEFICIO DE EXCUSION.

ASEGURADO Y BENEFICIARIO: LA NACION - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA.

Autorización de Tratamiento de Datos

Al aceptar esta cotización, autorizo de forma directa o a través de mi intermediario a la aseguradora para tratar mis datos personales (recolectar, almacenar, usar, consultar, actualizar y circular), incluyendo su consolidación en bases de datos propias y de terceros, con fines de evaluación del riesgo, suscripción, expedición, administración y ejecución del contrato de seguro, así como para contacto por medios físicos, telefónicos o electrónicos y la transferencia o transmisión de datos a terceros, proveedores, aseguradores, reaseguradores o autoridades dentro o fuera del país. Reconozco mis derechos conforme al artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, que podré ejercer a través del intermediario, incluyendo conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos, y revocar esta autorización.
Así mismo autorizo a la Aseguradora para consultar, reportar y tratar mi información y la de mis administradores en bases de datos o listas (públicas o privadas y/o centrales de riesgos) no solo del cliente sino también de sus administradores para la prevención del riesgo SARLAFT, y me obligo a actualizarla al menos anualmente, sin perjuicio de las verificaciones de la Compañía. Declaro haber sido informado de que estos derechos podrán ejercerse a través de los canales previstos en la Política de Tratamientos de Datos Personales disponible en el sitio web de la Aseguradora.

Cláusula de Indemnidad y Recobro

Con la expedición de la presente póliza de cumplimiento, El TOMADOR/AFIANZADO de la misma reconoce expresamente que entiende y acepta el derecho de subrogación y recobro que tiene NACIONAL DE SEGUROS en los términos del numeral 3 del artículo 203 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Así, se obliga de manera irrevocable e incondicional a pagar a la ASEGURADORA cualquier suma de dinero que esta deba cumplir por concepto de indemnizaciones, multas, cláusula penal, perjuicios, intereses o gastos, con ocasión de siniestros de una o más de las coberturas de la presente póliza de seguros. EL TOMADOR/AFIANZADO reconocerá además intereses moratorios a la tasa máxima comercial desde la fecha del pago de la Aseguradora hasta su cancelación total por parte del contratista tomador de la póliza. Es entendido asimismo que la obligación aquí asumida por el TOMADOR es autónoma e independiente de la validez del contrato garantizado o de cualquier controversia entre el Tomador y el Asegurado.
Las partes reconocen que la presente aceptación constituye una obligación clara, expresa y exigible que presta mérito ejecutivo a cargo del tomador/afianzado y a favor de NACIONAL DE SEGUROS, para lo cual solo será requerida la certificación contable respecto al valor pagado por parte de La Aseguradora.

********** **FIN PÓLIZA** **********

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL :	$	178.500,00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		CONTADO 30 DÍAS

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGÚN CONVENIO
15/11/2026	$ 178.500,00

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA TREINTA DÍAS (30) CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTÁ, D.C. EN OCTUBRE 16 DE 2026

NACIONAL DE SEGUROS S.A.

NACIONAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA

Que la garantía de cumplimiento contenida en la póliza No. 400074197, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía.

Tomador : CONSORCIO _PEOPLE WORK DMTOL26
NIT : 902.064.537 - 1
Asegurado : DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA
NIT : 901.540.973 - 6

Se expide la presente certificación a los 16 días del mes de Octubre de 2026.

Cordialmente,



NACIONAL DE SEGUROS S.A.