Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4802761827

PÓLIZA No: 480 -89 - 994000000793 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **IBAGUÉ** COD. AGE: 480 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
12	10	2023		11	10	2023	23:59 A LAS	11	10	2024	23:59 A LAS	366	13	10	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	11	10	2023	23:59	11	10	2024	23:59	366
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **GERSON ARMANDO MURILLO DEVIA** IDENTIFICACIÓN: CC **10.185.255**

DIRECCIÓN: CALLE 7 # 6 - 35 CIUDAD: LA DORADA, CALDAS TELÉFONO: 3104634213

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **GERSON ARMANDO MURILLO DEVIA** IDENTIFICACIÓN: CC **10.185.255**

DIRECCIÓN: CALLE 7 # 6 - 35 CIUDAD: **LA DORADA, CALDAS** TELÉFONO: 3104634213

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CALDAS CIUDAD: LA DORADA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0 CALLE 12 N° 2-59

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	500,000,000.00	
GASTOS DE DEFENSA	50,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: MURILLO DEVIA GERSON ARMANDO
ASEGURADO: MURILLO DEVIA GERSON ARMANDO
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.
PROFESION ASEGURADA: MEDICO GENERAL

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***500,000,000.00	$ **********423,156	$*****7,500.00	$ *******81,825	$ **********512,481

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
PREVER SIMMOND Y CIA LTDA.	1982	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000480276182

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CAD0207B0F06F97D5B CLIENTE ELBARRERO 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA E.S.E			
	Tipo de documento:	FORMATO	**Código**	COT-007-V02
	Proceso:	CONTRATACIÓN	**Fecha de Elaboración**	30 –12 -2020
	Nombre del documento:	APROBACIÓN DE GARANTÍAS	**Vigencia hasta**	30 –12 -2023

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
1.1 CONTRATO No.	000899-2023
1.2. CONTRATISTA:	GERSON ARMANDO MURILLO DEVIA
1.3 OBJETO:	EJECUTAR LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE CIRUGÍA GENERAL Y COLELAP, REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA E.S.E.
1.4 VALOR:	NOVENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($98.400.000,00) MONEDA LEGAL
1.5 TÉRMINO:	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2023.
1.6 FECHA DEL CONTRATO:	SEPTIEMBRE 29 DE 2023.
2. GARANTÍAS	
2.1. ASEGURADORA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
2.2. No. PÓLIZA:	480-89-994000000793 ANEXO 3
2.3. FECHA DE APROBACIÓN:	OCTUBRE 12 DE 2023.

2.4. TIPO DE GARANTÍA, SUFICIENCIA Y VIGENCIA:

GARANTÍA	SUFICIENCIA	VIGENCIA					
		DESDE			HASTA		
Responsabilidad Civil Profesional	Doscientos (200) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.	11	10	2023	11	10	2024

3. ELABORÓ Y REVISÓ

3.1. ELABORÓ:	**3.2. REVISÓ:**
ANGELA MARLEN SALGUERO RAMIREZ Supervisora	**LEONEL TOCORA SANTANA** Apoyo Contratación.

4. RESPONSABLE DE LA APROBACIÓN

MANUEL ALFONSO GONZÁLEZ CANTOR
Gerente E.S.E.