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:5

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
21	10	2024		11	10	2024	23:59	11	10	2025	23:59	365	22	10	2024

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	2024	23:59	11	10	2025	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

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

DIRECCIÓN: CL 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: CL 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		$ 1,000,000,000.00	
	RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	1,000,000,000.00	
	GASTOS DE DEFENSA	100,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

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

PROFESION ASEGURADA: CIRUGIA GENERAL
VIGENCIA: 365 dias, 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:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,000,000,000.00	$ ********1,663,000	$*****7,500.00	$ ******317,395	$ ********1,987,895

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

CAD0207B0D0AF87859 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

Compañía de Seguros

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	**994000000793**	**Número de anexo:**	**5**
Agencia:	**IBAGUÉ**	**Ramo:**	**R C MEDICA**
Asegurado / Beneficiario:	**MURILLO DEVIA GERSON ARMANDO**		
Tomador / Garantizado:	**MURILLO DEVIA GERSON ARMANDO**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	viernes, 11 de octubre de 2024	sábado, 11 de octubre de 2025	$1,000,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	viernes, 11 de octubre de 2024	sábado, 11 de octubre de 2025	$100,000,000.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45, Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnologia - Copyright Todos los Derechos Reservados

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
1.1 CONTRATO No.	000870-2024
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:	CINCUENTA Y DOS MILLONES VEINTE MIL PESOS ($52.020.000,00) MONEDA LEGAL
1.5 TÉRMINO:	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024
1.6 FECHA DEL CONTRATO:	NOVIEMBRE 29 DEL 2024
2. GARANTÍAS	
2.1. ASEGURADORA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
2.2. No. PÓLIZA:	480-89-994000000793 ANEXO 5
2.3. FECHA DE APROBACIÓN:	DICIEMBRE 1 DE 2024.

2.4. TIPO DE GARANTÍA, SUFICIENCIA Y VIGENCIA:

GARANTÍA	SUFICIENCIA	VIGENCIA					
		DESDE			HASTA		
Responsabilidad Civil Profesional	Equivalente a Quinientos (500) SMMLV	11	10	2024	11	10	2025

3. ELABORÓ Y REVISÓ

3.1. ELABORÓ:	3.2. REVISÓ:
NATALIA ANDREA TORRES DIAZ Apoyo Contratacion	**CLAUDIA YOLANDA VILLAMIL CASTELLANOS** Supervisora

4. RESPONSABLE DE LA APROBACIÓN

CARMEN PATRICIA HENAO MAX
Gerente E.S.E.

Aprobó: Martha Lucia Molano Waltero