

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5101626801**

**PÓLIZA No: 510 -89 - 994000000880 ANEXO:0**

|                              |     |      |                       |     |      |                      |     |     |                      |       |     |                              |     |      |                    |  |  |
|------------------------------|-----|------|-----------------------|-----|------|----------------------|-----|-----|----------------------|-------|-----|------------------------------|-----|------|--------------------|--|--|
| AGENCIA EXPEDIDORA RIONEGR0  |     |      | COD AGE: 510          |     |      | RAMO 89              |     |     | PAP:                 |       |     |                              |     |      |                    |  |  |
| DIA                          | MES | AÑO  | DIA                   | MES | AÑO  | HORAS                | DIA | MES | AÑO                  | HORAS | DIA | MES                          | AÑO |      |                    |  |  |
| 03                           | 05  | 2024 | 02                    | 05  | 2024 | 23:59                | 02  | 05  | 2025                 | 23:59 | 365 | 03                           | 05  | 2024 |                    |  |  |
| FECHA DE EXPEDICIÓN          |     |      | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |     |      | VIGENCIA DESDE A LAS |     |     | VIGENCIA HASTA A LAS |       |     | DIAS                         |     |      | FECHA DE IMPRESIÓN |  |  |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL |     |      |                       |     |      |                      |     |     |                      |       |     | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION |     |      |                    |  |  |

|                    |            |                      |     |      |                      |     |     |      |       |      |
|--------------------|------------|----------------------|-----|------|----------------------|-----|-----|------|-------|------|
| TIPO DE MOVIMIENTO | EXPEDICION | DIA                  | MES | AÑO  | HORAS                | DIA | MES | AÑO  | HORAS | DIAS |
| VIGENCIA DEL ANEXO |            | 02                   | 05  | 2024 | 23:59                | 02  | 05  | 2025 | 23:59 | 365  |
|                    |            | VIGENCIA DESDE A LAS |     |      | VIGENCIA HASTA A LAS |     |     |      |       |      |

**DATOS DEL TOMADOR**

|           |                               |                |                   |              |            |
|-----------|-------------------------------|----------------|-------------------|--------------|------------|
| NOMBRE    | LINA ESTEFANIA CARMONA CEPEDA | IDENTIFICACIÓN | CC                | 1117.324.249 |            |
| DIRECCIÓN | CRA 6 # 6 - 69                | CIUDAD         | NUNCHÍA, CASANARE | TÉLEFONO     | 3212954511 |

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

|              |                               |                |                   |              |            |
|--------------|-------------------------------|----------------|-------------------|--------------|------------|
| ASEGURADO    | LINA ESTEFANIA CARMONA CEPEDA | IDENTIFICACIÓN | CC                | 1117.324.249 |            |
| DIRECCIÓN    | CRA 6 # 6 - 69                | CIUDAD         | NUNCHÍA, CASANARE | TÉLEFONO     | 3212954511 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS            | IDENTIFICACIÓN | NIT               | 001-8        |            |

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CASANARE CIUDAD: YOPAL  
DIRECCION: CALLE 9 No. 24-74 RED SALUD CASANARE E.S.E.  
ACTIVIDAD: ENFERMERA

| DESCRIPCION                       | AMPAROS | SUMA ASEGURADA    | LIMITE POR EVENTO |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO |         | \$ 400,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA      |         | 400,000,000.00    |                   |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO     |         | 400,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS        |         | 400,000,000.00    | 0.00              |
| SUSTITUCION PROVISIONAL           |         | 400,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                 |         | 40,000,000.00     | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

**BENEFICIARIOS**  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

**TOMADOR:** CARMONA CEPEDA, LINA ESTEFANIA  
**ASEGURADO:** CARMONA CEPEDA, LINA ESTEFANIA  
**BENEFICIARIO:** Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

**ESPECIALIZACION:** ENFERMERA

**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.

|   |                                 |  |                        |                                   |
|---|---------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ ****400,000,000.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ *****306,400 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ *****7,500.00 | IVA:<br>\$ *****59,641 | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****373,541 |
|---|---------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------|

| INTERMEDIARIO       |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|---------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE              | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| ISLIAL SEGUROS LTDA | 8380  | 100.00 |                  |       |                 |

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** **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000510162680

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


CBD92079090DFA765F CLIENTE CASAENZ 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/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO DEPARTAMENTO FINANCIERO DE COLOMBIA

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <br><b>RedSalud</b><br>Casanare E.S.E.<br>Salud y vida para el Llano<br>NIT.844.004197-2 | <b>CONTRATACIÓN</b>          | <b>PA-04-CON-FO-23</b><br><b>02-09-2020</b><br><b>V.04</b> |
|  | Acta de aprobación de póliza |  |

### ACTA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA


En cumplimiento de lo establecido en el artículo 54 del Acuerdo 015 de 2024, y el artículo 47.3.1 de la Resolución No. 692 de 2021 de Red Salud Casanare E.S.E se procede a aprobar la Garantía Única de Cumplimiento y demás garantías exigidas, cuando a ello hubiese lugar, según la información que se señala:

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| No. de Contrato:                     | <b>RSC-CD-122-2026</b>  |
| Contratista:                         | <b>LINA ESTEFANIA CARMONA CEPEDA</b><br><b>CC 1.118.123.995</b>                                     |
| Póliza de Responsabilidades Médicas. | <b>No. Póliza: 510-89-994000000880 ASEGURADORA</b><br><b>SOLIDARIA</b><br><b>Nit: 860.524.654-6</b> |
| Fecha de expedición:                 | <b>03/04/2026</b>   |

#### VERIFICACIÓN DE LOS AMPAROS

| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> |   | <b>\$ 21.420.000</b>   |            |                 |                  |
|-----------------------------------|---|------------------------|------------|-----------------|------------------|
| <b>PLAZO DE EJECUCION INICIAL</b> |   | <b>SEIS (06) MESES</b> |            |                 |                  |
| %                                 | AMPARO  | VIGENCIA               |            | VALOR ASEGURADO | CUMPLE/NO CUMPLE |
|                                   |   | DESDE                  | HASTA      |                 |                  |
| 100%                              | Buen manejo y correcta inversión del anticipo                               | N/A                    |            |                 |                  |
| 10%                               | Devolución del pago anticipado  | N/A                    |            |                 |                  |
| 10%                               | Cumplimiento  | N/A                    |            |                 |                  |
| 20%                               | Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales | N/A                    |            |                 |                  |
| 10%                               | Estabilidad y calidad de la obra  | N/A                    |            |                 |                  |
| 20%                               | Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados     | N/A                    |            |                 |                  |
| 15%                               | Calidad del servicio  | N/A                    |            |                 |                  |
| SMLMV (200)                       | Responsabilidad Civil Extracontractual                                      | N/A                    |            |                 |                  |
| SMLMV (300)                       | Responsabilidad civil profesiones médicas                                   | 02/05/2025             | 02/05/2026 | \$ 525.271.500  | CUMPLE           |

Verificados los amparos, valores y vigencias contenidas en la póliza analizada, la misma se ajusta plenamente a lo requerido en el contrato y en consecuencia se imparte la aprobación a la(s) garantía(s) el día trece (13) del mes de enero de 2026

  
**MARYURI LIZETH AVILA SANABRIA**  
 Jefe De Oficina Asesora Jurídica Y Control Disciplinario

  
**Proyectó: Zhara Pérez**  
 Profesional Universitario Apoyo Oficina Jurídica