SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT 860.009 578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
BOGOTA, D C	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO CAUSA PRIMA	62-03-101073874	1

TOMADOR	REBECA HERNANDEZ HERRERA			CC	1.123.637.785
DIRECCION	BARRIO 20 DE JULIO CALLE 7B #58C-72	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3156806244
ASEGURADO	REBECA HERNANDEZ HERRERA			CC	1.123.637.785
DIRECCION	BARRIO 20 DE JULIO CALLE 7B #58C-72	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3156806244
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
11 / 06 / 2025	05 / 06 / 2025	05 / 06 / 2026	05 / 06 / 2025	05 / 06 / 2026

INTERVEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO:

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		**$ 0 00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 100,000,000.00**

DEDUCIBLES : 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 500,000,000 00**
		$ 500,000,000 00

DEDUCIBLES : 10 00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ ***********36,653.00
PLAN DE PAGO	CONTADO	IVA	$ ***********6,964.00
		TOTAL A PAGAR	$ ***********43,617.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA

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 NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO 93A - 62 OFC 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D C

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29 07.2022 1329.P 06 0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110211035519 75(3900)000000043617(96)20260605

REFERENCIA PAGO:
1102110355197-5

62-03-101073874

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

FIRMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO CAUSA PRIMA	62-03-101073874	1

TOMADOR	REBECA HERNANDEZ HERRERA			CC	1.123.637.785
DIRECCION	BARRIO 20 DE JULIO CALLE 7B #58C-72	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3156806244
ASEGURADO	REBECA HERNANDEZ HERRERA			CC	1 123 637.785
DIRECCION	BARRIO 20 DE JULIO CALLE 7B #58C-72	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3156806244
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO A $ 500.00 000 DESDE EL 05/06/2025

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo
AMPARO BASICO 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del limite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD. 100% del limite asegurado por evento y vigencia
GASTOS DE DEFENSA: EVENTO $15.000.000
VIGENCIA $100.000 000

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MENCIONADOS PERMANECEN SIN MODIFICACION.

HSVP FRESNO TOLIMA	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. NIT. 890.700.901-4 APROBACIÓN DE PÓLIZA

GARANTÍAS APROBADAS

No. de Poliza 62 031010 73 974

Aseguradora Seguros Del Estado

Amparos: Responsabilidad Civil Profesional medica

Reviso y Aprobó:	Hago constar que he revisado la anterior póliza de seguro y la encuentro conforme a lo exigido en el contrato y el Estatuto General de Contratación del Hospital San Vicente de Paul E.S.E. Dra Olga Marina Tabares Médico General Manizales R.M 1619 C.C 1055 741 091 Gerente H.S.V.P Nit. 890700901-4 Nombre, Cargo y Firma