



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

|                                                  |                                                  |                                                 |                                                 |                                                 |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.             | SUCURSAL<br>BOGOTÁ                               | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA         | POLIZA No.<br>11-03-101028282                   | ANEXO No.<br>3                                  |
| TOMADOR<br>MARY LIZETH RINCON ORGANISTA          | DIRECCION<br>DG 19 NRO. 4 B - 13 BRR VILLA NUEVA | CIUDAD<br>MOSQUERA, CUNDINAMARCA                | CC<br>1.010.194.011                             | TELEFONO<br>3203967359                          |
| ASEGURADO<br>MARY LIZETH RINCON ORGANISTA        | DIRECCION<br>DG 19 NRO. 4 B - 13 BRR VILLA       | CIUDAD<br>MOSQUERA, CUNDINAMARCA                | CC<br>1.010.194.011                             | TELEFONO<br>3203967359                          |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS               |                                                  |                                                 | NIT<br>0-0                                      |                                                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>05 / 06 / 2026 | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>27 / 01 / 2026  | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>21 / 12 / 2026 | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>17 / 12 / 2026 | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>21 / 12 / 2026 |
| INTERMEDIARIO<br>RB ASESORES EN SEGUROS LTDA     | CLAVE<br>255779                                  | % PARTICIPACION<br>100.00                       | COMPANIA                                        | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION             |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

|                                      |                                                                                 |                                                          |         |                               |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|
| DESCRIPCION<br>PERJUICIO PATRIMONIAL | AMPAROS<br>ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD<br>GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | SUMA ASEGURADA<br>\$ 350,181,000.00<br>\$ 350,181,000.00 | % INVAR | SUBLIMITE<br>\$ 70,036,200.00 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                        |                |              |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****350,181,000.00 | PRIMA:         | \$ *****0.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                | IVA:           | \$ *****0.00 |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****0.00 |

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 45 DÍAS 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: CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA

11-03-101028282

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JOSELAGOS

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

1





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     |                                     | TIPO DE MOVIMIENTO |                        | POLIZA No.      |               | ANEXO No. |  |
|--------------|-------------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------|--|
| BOGOTA       |                                     | ANEXO DE PRORROGA  |                        | 11-03-101028282 |               | 3         |  |
| TOMADOR      | MARY LIZETH RINCON ORGANISTA        |                    |                        | CC              | 1.010.194.011 |           |  |
| DIRECCION    | DG 19 NRO. 4 B - 13 BRR VILLA NUEVA | CIUDAD             | MOSQUERA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 3203967359    |           |  |
| ASEGURADO    | MARY LIZETH RINCON ORGANISTA        |                    |                        | CC              | 1.010.194.011 |           |  |
| DIRECCION    | DG 19 NRO. 4 B - 13 BRR VILLA       | CIUDAD             | MOSQUERA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 3203967359    |           |  |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                  |                    |                        | NIT             | 0-0           |           |  |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE PRORROGA LA VIGENCIA DE LA POLIZA HASTA EL 21/12/2026.

LOS DEMAS TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN IGUAL