

**INFORMACIÓN GENERAL**

| RAMO / PRODUCTO                                    | CERTIFICADO | FACTURA                | OFICINA MAPFRE            | DIRECCION                            | CIUDAD           |
|--|-------------|------------------------|---------------------------|--------------------------------------|------------------|
| 272 / 732  | 0           | 1                      | PASTO                     | Calle 19 No 30-80 Barrio las Cuadras | PASTO            |
| <b>TOMADOR</b><br>IPIALES ARTEAGA DIANA CAROLINA   |             | NIT / CC<br>1085291048 | DIRECCIÓN<br>CL 22A 29 64 | CIUDAD<br>MOCOA                      | TELEFONO         |
| <b>ASEGURADO</b><br>IPIALES ARTEAGA DIANA CAROLINA |             | NIT / CC<br>1085291048 | DIRECCIÓN<br>CL 22A 29 64 | CIUDAD<br>MOCOA                      | TELEFONO         |
| <b>ASEGURADO</b><br>N.D.                           |             | NIT / CC<br>N.D.       | DIRECCIÓN<br>N.D.         | CIUDAD<br>N.D.                       | TELEFONO         |
| <b>BENEFICIARIO</b><br>CUALQUIER TERCERO AFECTADO  |             | NIT / CC<br>N.D.       | DIRECCIÓN<br>N.D.         | CIUDAD<br>N.D.                       | TELEFONO<br>N.D. |

**PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS**

| NOMBRE DEL PRODUCTOR            | CLASE | CLAVE | TELEFONO   | % PARTICIPACION |
|---------------------------------|-------|-------|------------|-----------------|
| MONTENEGRO REYES KAREN VERONICA | APM   | 97099 | 3127479532 | 100,00          |

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      | VIGENCIA POLIZA |       |     |      |          | VIGENCIA CERTIFICADO |             |       |      |          |
|---------------------|-----|------|-----------------|-------|-----|------|----------|----------------------|-------------|-------|------|----------|
| DÍA                 | MES | AÑO  | HORA            | DÍA   | MES | AÑO  | No. DIAS | HORA                 | DÍA         | MES   | AÑO  | No. DIAS |
| 18                  | 9   | 2025 | 00:00           | 18    | 9   | 2025 | 365      | 00:00                | 18          | 9     | 2025 | 365      |
|                     |     |      | TERMINACIÓN     | 00:00 | 18  | 9    |          | 2026                 | TERMINACIÓN | 00:00 | 18   |          |

**INFORMACION DEL ASEGURADO**

ACTIVIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA CON CIRUG  
 ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA CON CIRUG  
 DIRECCION DEL RIESGO  
 DEPARTAMENTO NARINO  
 CIUDAD PASTO



**COBERTURAS**

| COBERTURAS                                      | VALOR ASEGURADO  | DEDUCIBLE                                 |
|---|------------------|---|
| R.C. actos medicos - Medicos                    | \$300.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Gastos de defensa                               | \$120.000.000,00 | 10 % PERD                                 |
| Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente | \$300.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Asistencia medica emergencia                    | \$300.000.000,00 | 10 % PERD                                 |

Profesionalmente ... Seguro



Contacta con nosotros:

Comunícate al  
01 8000 519 991 a nivel nacional,  
3077024 desde Bogotá,  
o desde tu celular al #624  
Ingresa a nuestra web en  
[www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)





E.S.E. HOSPITAL EDUARDO SANTOS  
CONTRATACION  
NIT. 8912009528  
REVISIÓN Y APROBACION DE GARANTIAS

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

FECHA CONTRATO: \_\_\_\_\_

FECHA APROBACION GARANTIA: \_\_\_\_\_

ASEGURADORA: Munster

POLIZA No. 190/225000209

REVISO: \_\_\_\_\_

RESP. TALENTO HUMADO

APROBO: \_\_\_\_\_

GERENTE: \_\_\_\_\_