SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT 860 009 578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
CARTAGENA	CARTAGENA	EMISION ORIGINAL	75-03-101020074	0

TOMADOR	JESUS ABEL MARTINEZ HERNANDEZ			CC	1 101.391.901
DIRECCION	VILLA DEL PRADO MANZANA B CASA 1	CIUDAD	FRESNO, TOLIMA	TELEFONO	3233147164
ASEGURADO	JESUS ABEL MARTINEZ HERNANDEZ			CC	1 101.391.901
DIRECCION	VILLA DEL PRADO MANZANA B CASA 1	CIUDAD	FRESNO, TOLIMA	TELEFONO	3233147164
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS
dd-mm-a	dd-mm-a	dd-mm-a	dd-mm-a	dd-mm-a
15 / 12 / 2025	12 / 12 / 2025	12 / 12 / 2026	12 / 12 / 2025	12 / 12 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
HBL SEGUROS LTDA.	143705	100 00	COMPAÑIA	

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO 1

ACTIVIDAD MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 500,000,000 00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES 10 00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo 1 00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD 10 00 % DEL 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	$ *******500,000,000 00	PRIMA	$ **********338,093 00
PLAN DE PAGO	CONTADO	IVA	$ **********64,237 00
		TOTAL A PAGAR	$ **********402,330 00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART 1066 DEL CODIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERA A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA

TERMINACION AUTOMATICA 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 DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELEFONO 6601144 - CARTAGENA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29 07 2022 1329 P 06 0000000E RC 001A D001, ADJUNTA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW SEGUROSDELESTADO COM

REFERENCIA PAGO.
1101310752734-8

75-03-101020074

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

LUISAQUIROGA

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

GARANTIAS APROBADAS

No. de Poliza 1503 10102 00074

Aseguradora Seguros del Estado

Amparos: Responsabilidad Civil Profesional

Reviso y Aprobo:	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.

Nombre, Cedula y Firma: [illegible]