R-C MÉDICA
MAPFRE

# PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Poliza No 3612224000192
Ref 31863948498
Copia



## INFORMACIÓN GENERAL

| RAMO / PRODUCTO | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 272 / 732 | 1 | 1 | RED AGENCIAL IBAGUE | CRA 5 SUR N┐ 83 - 70 LOCAL 17 Y 18 | IBAGUE |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TOMADOR**<br>CRUZ MENDEZ CRISTHIAN CAMILO | **NIT / CC**<br>1110510101 | **DIRECCIÓN**<br>CL 2 # 11 BIS - 10 | **CIUDAD**<br>IBAGUE | **TELEFONO** |
| **ASEGURADO**<br>CRUZ MENDEZ CRISTHIAN CAMILO | **NIT / CC**<br>1110510101 | **DIRECCIÓN**<br>CL 2 # 11 BIS - 10 | **CIUDAD**<br>IBAGUE | **TELEFONO** |
| **ASEGURADO**<br>N D | **NIT / CC**<br>N D | **DIRECCIÓN**<br>N D | **CIUDAD**<br>N D | **TELEFONO** |
| **BENEFICIARIO**<br>CUALQUIER TERCERO AFECTADO | **NIT / CC**<br>N D | **DIRECCIÓN**<br>N D | **CIUDAD**<br>N D | **TELEFONO**<br>N D |

## PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| CAICEDO HERRERA PATRICIA | APM | 7806 | 3173779432 | 100,00 |

## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA POLIZA | | | | | | VIGENCIA CERTIFICADO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS | | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS |
| 7 | 7 | 2025 | INICIACIÓN | 00 00 | 9 | 7 | 2025 | 365 | INICIACIÓN | 00 00 | 9 | 7 | 2025 | 365 |
| | | | TERMINACIÓN | 00 00 | 9 | 7 | 2026 | | TERMINACIÓN | 00 00 | 9 | 7 | 2026 | |

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD | MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA |
| ESPECIALIDAD | MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA |
| DIRECCION DEL RIESGO | |
| DEPARTAMENTO | TOLIMA |
| CIUDAD | IBAGUE |



## COBERTURAS

| COBERTURAS | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|
| R C actos medicos - Medicos | $500 000 000 00 | 10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO) |
| Gastos de defensa | $200 000 000 00 | 10 % PERD |
| Responsabilidad Civil acto m aux o dependiente | $500 000 000 00 | 10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO) |
| Asistencia medica emergencia | $500 000 000 00 | 10 % PERD |


Profesionalmente ... Seguro

R-C

Contacta con nosotros:

MAPFRE 24

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



## VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICION | SUBTOTAL | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ 217 521 00 | $ 20 000,00 | $ 237 521,00 | $ 45 129,00 | $ 282 650,00 |

*(415)7707289180029(8020)031863948498(3900)0000282650(96)20250709*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVACION DE POLIZA A SOLICITUD DE PATRICIA CAICVEDO VA EE296

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS

## ANEXOS

ASEGURADO CRUZ MENDEZ CRISTHIAN CAMILO

ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL SIN CIRUGIA

VIGENCIA 07/07/2025 A 07/07/2026

MODALIDAD Ocurrencia (1 años Sunset)

AMPAROS

R C como consecuencia de cualquier eacto médicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas

R C consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, e n cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalment e aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO $ 500 000 000 evento / agregado anual

R C daños extramatrimoniales (incluidos nesgos Morales) sublimizado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia Este valor está incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este

Gastos judiciales sub-limitado 40% del limite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el limite asegurado contratado y no en exc eso de éste

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual su blimitado al 20% del valor asegurado por evento / vigencia Este valor está incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este

PRIMA ANUAL SIN IVA /GASTOS DE EXPEDICIÓN $ 217 521

DEDUCIBLES

Basico 10% MÍNIMO $ 1 000 000 No opera para Gastos Médicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART 1048 CÓDIGO DE COMERC IO)

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACION DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA POLIZA

NO SE OTORGA

R C Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud Renovación automática R C Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos estéticos y de cirugia plástica salvo que se trate de una cirugia reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios Cualquier Médico General o Cirujano que efectue control de peso mediante lip osucción, lipoescultura, denvación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbituncos, sus componentes y/o denvados

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1 Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, cost e o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermeda d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contn buya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ello

2 Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquie r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición

2 1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bactena, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no, y

2 2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos, y,

2 3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART 1048 CÓDIGO DE COMERCIO)

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Melba De Urrego Los 5 lenguajes del amor Adolescentes gary Chartman - 11 21

## CLAUSULAS

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

AMPAROS

R C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS

R C CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R C DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO POR EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ESTE

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE

DEDUCIBLES

BÁSICO

VALORES ASEGURADOS DE $25 000 000 A $125 000 000 10% MÍNIMO $ 500 000

VALORES ASEGURADOS DE $150 000 000 A $1 500 000 000 10% MÍNIMO $ 1 000 000

NO OPERA PARA GASTOS MÉDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS
- R C EXTRACONTRACTUAL
- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL
- RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE VALOR ASEGURADO
- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
- R C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGENITAS O EN CASO DE ACCIDENTE
- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR INTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA POLIZA

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART 1048 CÓDIGO DE COMERCIO)

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA DE EXCLUSION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1 SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO

2 TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN

2 1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO Y

2 2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LIQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS Y,

2 3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/03 AGENTE RETENEDOR DEL IVA SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5098 DE JUNIO 21 DE 2013
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART 5 DECRETO 1165/96

**MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

**TOMADOR**

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

GARANTIAS APROBADAS

No. de Poliza 3612224000192
Aseguradora MAPFRE MEDICA.
Amparos: Responsabilidad Civil Profesional

| | |
|---|---|
| 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.<br><br>Dra Diana Marcela Tabares L. Manzales<br>Médico General U.L. 1015 CC 1053 771 097<br>Nombre Gerente H.S.V.P<br>Nit. 890700901-4 |