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
BOGOTA, D C.	CALLE 100	ANEXO CAUSA PRIMA	33-03-101037528	1

TOMADOR	WILLY ANDRES ROMERO			CC	14.326.134
DIRECCION	CR 3 B NRO. 48 - 40	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3192875084
ASEGURADO	WILLY ANDRES ROMERO			CC	14.326.134
DIRECCION	CR 3 B NRO. 48 - 40	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3192875084
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)
25 / 01 / 2026	08 / 10 / 2025	08 / 10 / 2026	23 / 01 / 2026	08 / 10 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
RESPALDA TU FUTURO LTDA	164171	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 530,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 530,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10 00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo 1.00 SMMLV 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	$ ********30,000,000.00	PRIMA	$ **********20,000.00
PLAN DE PAGO CONTADO		IVA	$ **********3,800.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********23,800.00

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 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 LA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS N OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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) 11006620706173 (3900) 000000023800 (96) 20260309

REFERENCIA PAGO:
1100662070617-3

33-03-101037528

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAZMINMUNOZ Oficina AUTOPISTA # 103 SO 5 Tel 601-21 7 6019330

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.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	ANEXO CAUSA PRIMA	33-03-101037528	1

TOMADOR	WILLY ANDRES ROMERO			CC	14.326.134
DIRECCION	CR 3 B NRO. 48 - 40	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3192875084
ASEGURADO	WILLY ANDRES ROMERO			CC	14.326.134
DIRECCION	CR 3 B NRO. 48 - 40	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3192875084
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)
25 / 01 / 2026	08 / 10 / 2025	08 / 10 / 2026	23 / 01 / 2026	08 / 10 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
RESPALDA TU FUTURO LTDA CLIENTE	164171	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud

Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | pse | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER | éxito | MOVIRED

RTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********30,000,000.00	PRIMA	$ **********20,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA	$ **********3,800.00
		TOTAL A PAGAR	$ **********23,800.00

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 PRIM SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 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.

CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11006620706173 (3900) 000000023800 (96) 20260309

REFERENCIA PAGO: 1100662070617-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT 860 009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALLE 100	ANEXO CAUSA PRIMA	33-03-101037528	1

TOMADOR	WILLY ANDRES ROMERO			CC	14.326.134
DIRECCION	CR 3 B NRO. 48 - 40	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3192875084
ASEGURADO	WILLY ANDRES ROMERO			CC	14.326.134
DIRECCION	CR 3 B NRO. 48 - 40	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3192875084
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE HACE CONSTAR POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE ESTE SE EMITE A EFECTOS DE AUMENTAR EL VALOR ASEGURADO, DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE DETALLE:

TOMADOR: WILLY ANDRES ROMERO C C. 14 326 134
ASEGURADO· WILLY ANDRES ROMERO C C. 14 326 134
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA· ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

ANTERIOR LIMITE ASEGURADO $ 500 000 000
NUEVO LIMITE ASEGURADO $ 530.000 000

EN VIRTUD DE LO ANTERIOR SE COBRA LA SUMA INDICADA POR CONCEPTO DE PRIMA E IMPOVENTAS.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICACION ALGUNA

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

GARANTIAS APROBADAS

No. de Poliza 330310103528

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. [signature] Nombre Cedula y Firma CC: 28740973