Fecha: Ibagué, 15 de julio de 2026

De: Dra. LUZ ANGELA GONZÁLEZ BELTRÁN -Unidad Funcional Quirúrgicos

Para: Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE- Gerente

Asunto: Solicitud prorroga No. 002

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Número del contrato	2026-0069
Fecha de Suscripción	16-01-2026
Comodato Asociado al Contrato	
Convenio Asociado al Contrato	
Objeto	Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de Cirugía Maxilofacial para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.
Nombre del Contratista o Representante Legal	**DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS**
Nº de Identificación	C.C: 65.770.805
Valor Inicial	$80.000.000.00
Plazo de Ejecución	El plazo de ejecución será de cuatro (4) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución y sesenta dias prorroga N. 001 (del 22-05-2026 al 21-07-2026)
Fecha de Inicio	22-01-2026
Fecha de Terminación	21-07-2026
Supervisor (A)	**Dra. LUZ ANGELA GONZÁLEZ BELTRÁN**

II. TIPO DE MODIFICACIÓN/SOLICITUD

X	Solicitud	No	Descripción
	Adición		

Vo.Bo. de Jurídica	Vo.Bo. de Gerencia

X	Prórroga	002	*Un mes (del 22-07-2026 al 21-08-2026)*
	Cesión		
	Suspensión		
	Modificación o Aclaración		
	Reinicio		

III. INFORMACION DE LA SOLICITUD/MODIFICACIÓN/ACLARACIÓN

Prorroga	**Desde**	**22-07-2026**	**Hasta**	**21-08-2026**
Adición	**Valor adicionado**		**Nombre Rubro presupuestal**	
	Porcentaje adición		**N° Rubro presupuestal**	
Justificación	Teniendo en cuenta que el Hospital es la IPS de referencia para la mediana y alta complejidad del Departamento y que, para dar cumplimiento a los objetivos quirúrgicos, contamos con SIETE SALAS DE CIRUGÍA dotadas con tecnología de punta para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. La **cirugía oral y maxilofacial** es una especialidad que se dedica al estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades congénitas o adquiridas de la cavidad oral, el esqueleto facial y las estructuras cervicales relacionadas. La especialidad abarca una gran variedad de procedimientos. El **cirujano maxilofacial** realiza desde complejas intervenciones de cirugía plástica reconstructiva cráneo facial, cirugía del esqueleto de la cara, procedimientos de cirugía de la cara y el cuello hasta extracciones de muelas del juicio, apicectomías o colocación de implantes dentales necesarios para el manejo integral de pacientes oncológicos y candidatos a cirugía cardiaca antes de ser sometidos a tratamientos específicos. Teniendo en cuenta que a la fecha no existe en la planta de personal del hospital, personal calificado de esta especialidad, se hace necesario mantener la contratación y por ello realizar la respectiva prorroga ya que cuenta aún con saldo..			
Modificación /Aclaración				
Suspensión	**Días ejecutados**		**Días a suspender**	
Reinicio	**Días por ejecutar**		**Fecha de reinicio**	

IV. ANTECEDENTES/ DOCUMENTOS SUSCRITOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Prórrogas						
Tiempo prorrogado en días	60	**Fecha de Suscripción**		**20-05-2026**		
Fecha actual de terminación del contrato	**Día**	**21**	**Mes**	**07**	**Año**	**2026**
Adiciones						
Valor adición	**$40.000.000.00**					
Porcentaje adicionado	**50%**					
Valor actual del contrato	**$120.000.000.00**					

Vo.Bo. de Jurídica	Vo.Bo. de Gerencia

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Modificaciones/aclaraciones/suspensiones/reinicios realizados		
Clausula N°	**Fecha De Suscripción**	**Justificación**
Cláusula 26 – Estampillas	25-03-2026	

JUSTIFICACIÓN

De conformidad a lo dispuesto en la Ordenanza No. 015 del 2025 "Por medio de la cual se expide el Estatuto de Rentas del Departamento del Tolima y se dictan otras disposiciones" y a lo regulado en el artículo 48 de la Constitución Política, artículos 9, 154 y 155 de la Ley 100 de 1993, artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, lo descrito en los distintos pronunciamientos del Consejo de Estado y conforme a lo expuesto en el "Concepto jurídico sobre la exención del Cobro de Estampillas y tasas loas proveedores de bienes y servicios que celebren contratos con una Empresa Social del Estado ESE" del Ministerio de Salud y Protección Social del 2026 y al oficio DFRI-163-1111 del 11 de marzo de 2026 "Alcance a Concepto Carga Tributaria Departamental – Estampillas departamentales" expedido por la Dirección Financiera de Rentas e Ingresos de la Secretaria de Hacienda del Tolima, todos los contratos que tengan por objeto la prestación de servicios profesionales, asistenciales y técnicos para la atención y recuperación de la salud, así como los contratos de suministros de medicamentos, insumos hospitalarios y en general cualquier suministro de bienes, dispositivos y equipo médicos requeridos por las entidades de salud están exceptos del pago de estampillas, al ser financiados con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y al ser además los proveedores parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud .

Por consiguiente, el presente contrato NO es objeto de la imposición del gravamen de estampillas departamentales.

V. ESTADO AVANCE DEL CONTRATO

Avance Físico	
Porcentaje de ejecución	Tiempo-plazo 96.66%
Detalle del Avance	

VI. BALANCE FINANCIERO

	Concepto	Valor
1	Valor inicial del contrato/convenio/otro	$80.000.000.00
2	Valor anticipos (si aplica)	$
3	Valor adiciones (si aplica)	$40.000.000.00
4	Valor liberaciones (si aplica)	$
5	Valor final del contrato	$120.000.000.00
6	Valor total ejecutado por la (el) contratista	$74.867.550.00
7	Valor por ejecutar	$45.132.450.00
8	Valor pagado a la (el) contratista	$14.912.045.00
9	Valor pendiente por pagar a la (el) contratista	$59.555.505.00
10	Saldo actual del contrato	$45.132.450.00

Avance Financiero	
Porcentaje	62.38%

Vo.Bo. de Jurídica	Vo.Bo. de Gerencia

Nota: ** En caso de contratos que tuvieron cesión, no se detallará el valor de la ejecución de cada una de ellas por separado, se requiere el valor total ejecutado al momento de radicar la solicitud de la modificación.*

VII. GRADO DE RESPONSABILIDAD

El supervisor es quien vigilara las modificaciones, aclaraciones y solicitudes que versen sobre el contrato y/o convenio, además que estas sean plenamente justificadas y debidamente soportadas sin causar perjuicio alguno a la entidad, así mismo el líder de la necesidad de contratación estará a cargo de revisar y garantizar que la información incluida sea correcta y como aval de ello colocara su Visto Bueno.

Cordialmente,

Dra. LUZ ANGELA GONZÁLEZ BELTRÁN
Cargo: Profesional Especializada Unidad Funcional Quirúrgicos
Dependencia: Unidad Funcional Quirúrgicos

Nota: ** tener en cuenta que los documentos se deben entregar mínimo con cinco (5) días hábiles antes del vencimiento del contrato-ver lista de chequeo* **ANEXO 1.**

Vo.Bo. de Jurídica	Vo.Bo. de Gerencia

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

ANEXO 1

PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN EL PROCESO CONTRACTUAL PARA "ADICIONES, PRORROGAS O CUALQUIER OTRA MODIFICACION QUE SURJA PARA EL CONTRATO" DE CADA UNA DE LAS AREAS, LA OFICINA ASESORA JURIDICA VERIFICA QUE LA DOCUMENTACION CUMPLA CON LOS REQUISITOS - IGUALMENTE PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES SE DEBEN PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS MINIMO CON CINCO (5) DIAS HABILES ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO			
CONCEPTO	**DOCUMENTACION REQUERIDA**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
ADICIONES EN VALOR PERSONA NATURAL Y JURIDICA	Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
	Solicitud de CDP con firma del responsable, para su revisión, Vo.Bo y posterior firma de la gerencia.		
	Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica.		
	Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud)		
	Solicitud de RP una vez se encuentre firmada la modificación en la plataforma Secop II para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
PRORROGAS PERSONA NATURAL	Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
	Formatos de información general debidamente diligenciado, al cual debe anexar: Fotocopia de la Cédula, Planilla último pago de aportes, Certificado de afiliación EPS, PENSIONES y ARL (Actualizados).		
	Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica.		
	Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud)		
ADICION EN VALOR Y PRORROGA PERSONA NATURAL	Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
	Solicitud de CDP con firma del responsable, para su revisión, Vo.Bo y posterior firma de la gerencia.		
	Formatos de información general debidamente diligenciado, al cual debe anexar: Fotocopia de la Cédula, Planilla último pago de aportes, Certificado de afiliación EPS, PENSIONES y ARL (Actualizados).		
	Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica.		
	Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud)		
	Solicitud de RP una vez se encuentre firmada la modificación en la plataforma Secop II para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
PRORROGAS PERSONA JURIDICA:	Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
	Formato de información general debidamente diligenciado y actualizado del personal que realiza las actividades del contrato.		
	Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica.		

Vo.Bo. de Jurídica

Vo.Bo. de Gerencia

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

	Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud)		
ADICION EN VALOR Y PRORROGA PERSONA JURIDICA	Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
	Solicitud de CDP con firma del responsable, para su revisión, Vo.Bo y posterior firma de la gerencia.		
	Cámara de comercio actualizada, Rut representante legal y Rut de la empresa (no mayor a 30 días).		
	Formato de información general debidamente diligenciado y actualizado del personal que realiza las actividades del contrato.		
	Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica.		
	Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud)		
	Solicitud de RP una vez se encuentre firmada la modificación en la plataforma Secop II para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
ACTA MODIFICATORIA Y/O ACLARATORIA PERSONA NATURAL y JURIDICA	Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia.		
	Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica.		
	Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud)		

REVISADO POR:	

Recibido por: _____

Fecha y hora de radicación de solicitud: _____

Proyecto: Lorena B.
Reviso:

Vo.Bo. de Jurídica	Vo.Bo. de Gerencia

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN JURÍDICA	Codigo: GJ-FR-011
		Versión: 2
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL	Vigente : 2/10/2023
		Página: 1 de 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					CORREO ELECTRÓNICO	dollyaalvarez@gmail.com						
PRIMER NOMBRE	Dolly				SEGUNDO NOMBRE	Andrea						
PRIMER APELLIDO	Alvarez				SEGUNDO APELLIDO	Rojas						
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	08-03-2976			LUGAR DE NACIMIENTO		Bogotá			RH			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE		NÚMERO DE DOCUMENTO	65770805						
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Ibagué			GENERO		femenino			EDAD	50		
ESTADO CIVIL	Soltera		NÚMERO DE HIJOS	2	TELEFONO CELULAR				TELEFONO FIJO			
DIRECCIÓN ACTUAL	Reservas del Borge						CIUDAD		Ibagué			
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD			SI		NO	X	¿CUAL?					
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)					DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)							
PROFESIÓN	Odontologa				ESPECIALIZACIÓN				Cx maxilofacial			
NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	1		2		3 X		4		5			
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)	65770805				FECHA DE EXPEDICIÓN							
EPS	Sanitas				FONDO DE PENSION(AFP)				Colpensiones			
ARL	Colmena				FUNCIÓN A DESEMPEÑAR							
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO												
CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI		NO		NUMERO DE CONTRATO		FECHA DE TERMINACION					
TENGA EN CUENTA QUE NO DEBE HABER CONTRATOS CON UN MISMO OBJETO CONTRACTUAL EN EJECUCION SIMULTANEA.												
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFILIACIÓN ARL PERSONA NATURAL												
CONTRATO NUMERO							FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA)					
DURACIÓN DEL CONTRATO	MESES			DIAS								
FECHA DE INICIO CONTRATO					FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO							
FECHA DE INICIO COBERTURA ARL					FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL							
VALOR												

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Dolly Andrea Alvarez Rojas, identificado(a) con CC número 65770805, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65770805
NOMBRES Y APELLIDOS	Dolly Andrea Alvarez Rojas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/03/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	15/07/2002
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	675 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2007
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 65770805 DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS Desde 01/09/2017 - Vigente N.I.T. 900459337 MAXIORALES CENTRO RADIOLOGICO DIGITAL S.A.S. Desde 01/10/2018 Hasta 31/01/2026

Generado por interfaces 17/07/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA
IDENTIFICACIÓN:	CC 65770805
INICIO VIGENCIA:	29/05/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	22-05-2026
FECHA FIN CONTRATO:	21-07-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CC /NIT:	NI 890706833
CONTRATO:	95000536
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 17 días del mes de julio del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 17/07/2026 7:19:22. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **65770805,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.770.805

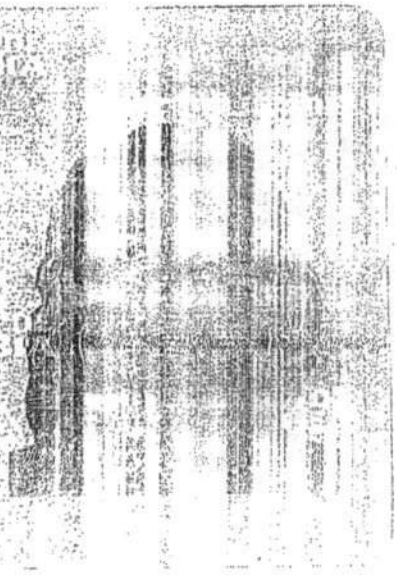
ALVAREZ ROJAS

APELLIDOS

DOLLY ANDREA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1976

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+

ESTATURA G.S. RH S

31-OCT-1994 BAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPED



A-2900100-00558735-F-0065770805-20140401 0033 178 A 8



MAPFRE

¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,
ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA

¡Nos encanta tenerte
como miembro de la familia
de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

- Condicionado de mi seguro de RC médica,
- Guía interactiva del asegurado,
- Certificado de seguro,
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

CONFIAS ASESORES DE SEGUROS LTDA
Móvil: 2636351
Email: confias_seguros@yahoo.com

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a mapfretecuidamos.com.co para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y siguenos en nuestras redes para estar al tanto de novendades, tips, eventos:

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RC MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

R-C MÉDICA MAPFRE

EMISIÓN

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Poliza No 3801225000392
Ref.31953107484
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	IBAGUE	Carrera 5 NO. 37 - 10	IBAGUE

TOMADOR ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	**NIT / CC** 65770805	**DIRECCIÓN** CL 32 # 4 A - 50	**CIUDAD** IBAGUE	**TELEFONO** 3014592
ASEGURADO ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	**NIT / CC** 65770805	**DIRECCIÓN** CL 32 # 4 A - 50	**CIUDAD** IBAGUE	**TELEFONO** 3014592
ASEGURADO N.D.	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO**
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO** N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
CONFIAS ASESORES DE SEGUROS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	5517	2636351	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN		
DÍA	MES	AÑO
16	12	2025

VIGENCIA POLIZA						
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	16	12	2025	365
TERMINACIÓN	00:00	16	12	2026	

VIGENCIA CERTIFICADO					
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	16	12	2025	365
TERMINACIÓN	00:00	16	12	2026	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	ODONTOLOGÍA¿CON IMPLANTOLOGÍA¿
ESPECIALIDAD	ODONTOLOGÍA¿CON IMPLANTOLOGÍA¿
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	TOLIMA
CIUDAD	IBAGUE

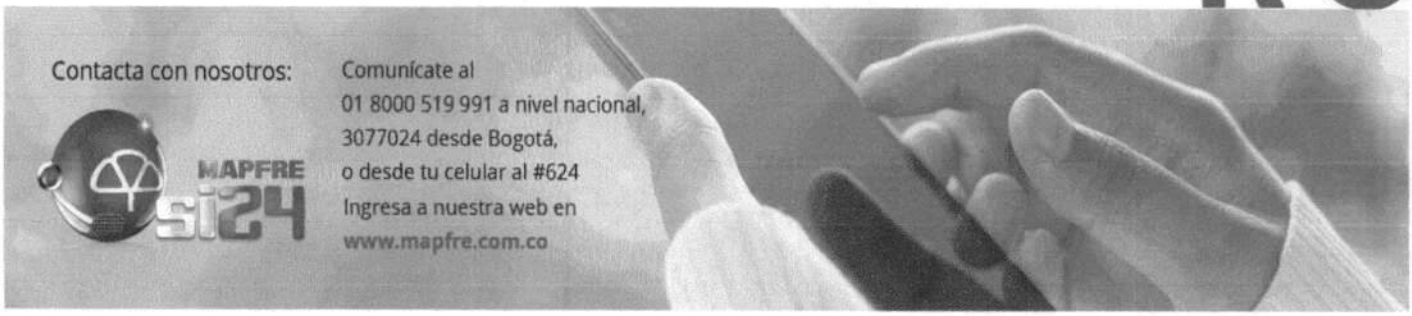


COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$750.000.000.00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$300.000.000.00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m, aux o dependiente	$750.000.000.00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$750.000.000.00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R-C



Aplica el Condicionado General Codigo 25/05/2024-1326-PYG-00000V1 U2C2MAY24-O

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

R+C MÉDICA MAPFRE

EMISIÓN

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Poliza No 3601225000392
Ref.:31953107484
Copia

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 377.027,00	$ 20.000,00	$ 397.027,00	$ 75.435,00	$ 472.462,00

(415)7707289180029(8020)031953107484(3900)0000472462(96)20251216

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

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 S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' 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 ÉSTE.

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 LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO 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 CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

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

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 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, 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 VARIACIÓN 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, LÍQUIDO 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.

RÉGIMEN COMÚN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCION 2508 DE DICIEMBRE 2002 AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 0006 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

Aplica el Condicionado General Codigo:
28/03/2024-1326-P-09-00000V1(05)MAY24-0

SMMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA