

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4803401936

PÓLIZA No: 480 -89 - 994000003068 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA IRAGUÉ			COD AGE 480			RAMO 89			PAP		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
09	10	2025	08	10	2025	08	10	2026	09	10	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACION ANUAL			A LAS			VIGENCIA HASTA			TIPO DE IMPRESIÓN IMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA
		08	10	2025	23:59	08	10	2026	23:59	365
		VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR		
NOMBRE LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE	IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394	
DIRECCIÓN CALLE 6 # 3 - 35	CIUDAD FRESNO, TOLIMA	TELÉFONO 3208384713

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		
ASEGURADO LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE	IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394	
DIRECCIÓN CALLE 6 # 3 - 35	CIUDAD FRESNO, TOLIMA	TELÉFONO 3208384713
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN NIT 001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS		
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: TOLIMA	CIUDAD: FRESNO
DIRECCION: CALLE 6 No. 3-35		
ACTIVIDAD: ENFERMERA		
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 250,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		250,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		250,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		250,000,000.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		250,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA		25,000,000.00
		LÍMITE POR EVENTO
		0.00
		0.00
		0.00
		0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: ENFERMERA

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL \$ ***250,000,000.00	VALOR PRIMA \$ *****211,625	GASTOS EXPEDICION \$****15,000.00	IVA \$ *****43,059	TOTAL A PAGAR \$ *****269,684
--	---------------------------------------	---	------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE FABIAN CAMILO MUÑOZ DIAZ	CLAVE 9821	%PART 100.00	VALOR ASEGURADO

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 A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCIÓN CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000480340193

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACION ASEGURADORA Calle 100 No 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CAD0207B0B0FFD775C

EXT. SMATALLANA 0

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA IBAGUÉ

COD AGENCIA 480

RAMO 89

Nº PÓLIZA 994000003068 ANEXO 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE

IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394

ASEGURADO LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE

IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Segun Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MG68G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf

(aseguradorasolidaria.com.co)

<https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>

AMPARO BÁSICO

Responsabilidad Civil Profesional Medica limite del 100% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia.

Uso de Equipos de Diagnostico y/o Terapeutica limite del 100% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia

Suministro de Medicamentos limite del 100% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia.

Sustitución Provisional limite del 100% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia

Gastos de Defensa sublimite del 10% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e insercion en la caratula y/o condiciones particulares de la poliza.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublimite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia

Costas del proceso segun fallo judicial sublimite del 10% del valor asegurado de la poliza por evento y vigencia

Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales sublimite del 50% del valor asegurado de la poliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la poliza por vigencia Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesion personal o daño material amparados por la poliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiologicos y los Daños a la Vida en Relacion.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS

No se otorga restablecimiento automatico de la suma asegurada

Definicion de Sublimite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de perdida total no constituye un valor adicional de indemnizacion

Clausula de Revocacion treinta (30) dias

Aviso de Siniestro treinta (30) dias

Clausula de no renovacion tacita o automatica

Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora esta obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con este producen los efectos previstos en elCodigo de Comercio

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERAN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES

Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso sin aplicacion de deducible.

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, minimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes

Actos medicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de caracter científico-experimental durante ensayos clinicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio Excepto también cuando la utilizacion de los cuales representa el ultimo remedio para el paciente a raiz de su condicion, cuya aplicacion haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de este

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de caracter administrativo

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clinicamente con obesidad morbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos medicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, telefono, etc , salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA IBAGUÉ

COD AGENCIA 480

RAMO 89

No PÓLIZA 994000003068 ANEXO 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE

IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394

ASEGURADO LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE

IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Reclamaciones por incumplimiento de algun convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Medicos (E&O), RC Servidores Publicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del pais de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exqatur en Colombia

Cualquier Médico General o Cirujano que efectue control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivacion intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Medico General o Cirujano que efectue liposucción, lipoescultura, derivacion intestinal o gastro plastia transversal unicamente con fines esteticos o cosmeticos

Se modifica la exclusion 2.5 de la seccion 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5

2.5.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO

2.5.2 RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL

EXCLUSION - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, segun texto.

CLAUSULA DE EXCLUSION DE PERDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto

EXCLUSION - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesion Personal" o "Daño Material" surgido de una transmision real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusion aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;

b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;

c. Falla en prevenir la propagacion de la enfermedad, o

d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;

e. La aplicacion de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagacion real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o perdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variacion mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier accion tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variacion mutante del mismo

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relacion con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variacion mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida)

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmision directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a traves de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada

CLAUSULA DE EXCLUSION DE PERDIDAS Y DATOS CIBERNETICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamacion, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o este relacionado con cualquier perdida de uso, reduccion de la funcionalidad, reparacion, reemplazo, restauracion o reproduccion de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultaneamente o en cualquier otra secuencia.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA IBAGUÉ

COD AGENCIA 480

RAMO 89

No PÓLIZA 994000003068 ANEXO 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE

IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394

ASEGURADO LIZETH CAROLINA MACHADO POLOCHE

IDENTIFICACIÓN CC 1053.870.394

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PERDIDA CIBERNÉTICA

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o este en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático, o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

- u Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
- u Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable colombiana

GARANTIAS

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTÍAS del Clausulado General de la póliza.

CLIENTE



HSVP

FRESNO TOLIMA

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E.

NIT. 890.700.801-0

APROBACIÓN DE PÓLIZA

GARANTIAS APROBADAS

No. de Póliza

1808994000003068

Aseguradora

Aseguradora Solidaria

Cmparos:

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.

Alfonso Gómez R.

Nombre, Cédula y Firma

11-28740873 FOLIO 12