

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
MANIZALES, 2025-10-06	2637 - PROMOTORA MANIZALES	03002043250930500289	900001439302	EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2025-10-06 Hasta las 24:00 horas del 2026-10-06

Días de vigencia del seguro
365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
DAVID BERMUDEZ CARDONA	17631

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificació	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
ALDRIN GUSTAVO SUAREZ GUTIERREZ	CEDULA DE CIUDADANIA	80164666	✓	En nombre propio	vereda el truco finca el jardín del bosque



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
ALDRIN GUSTAVO SUAREZ GUTIERREZ	CEDULA DE CIUDADANIA	80164666

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General-
Valor asegurado: $500.000.000
Fecha de retroactividad: 06/10/2025

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	10%	10%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia juridica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de

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

GARANTÍAS APROBADAS

No. de Poliza 90000 1439302

Aseguradora Sura

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. Nombre, Cedula y Firma CC 28740973