LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE

En usos de sus atribuciones legales y;

1. De conformidad con el Acuerdo No 017 de fecha once (11) de octubre de 2024 por medio de la cual se adopta el Estatuto de Contratación Artículo 25 se hace necesario la aprobación de póliza de garantía.

2. Aprueba la póliza No. CHU-100088360 de 03 de septiembre de 2026 y póliza No. 3603226000178, Correspondiente al contrato de prestación de servicios No. 202 de 2026 celebrado con **KAROL JULIETH CARDOSO PERDOMO**, cuyo objeto consiste en Prestar los servicios como auxiliar de enfermería para la ejecución de la Resolución No. 000525 del 25 de marzo de 2026 del Ministerio de Salud para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud, a través de la conformación y operación de equipos básicos de salud.

La presente aprobación se da en Gigante, el tres (03) de septiembre del año dos mil veintiséis (2026).

KARENT LISSETH POLANIA TRIANA
Gerente

seguros mundial®

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Date: 2026.09.03 16:20:40 -05:00

Código de Seguridad: FFVyX6XGJVdYK47ABRe9qA==

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	CHU-100088360	**No. ANEXO**	0	**No. CERTIFICADO**	533170630	**No. RIESGO**	
TIPO DE DOCUMENTO				**FECHA DE EXPEDICIÓN**	03/09/2026	**SUC. EXPEDIDORA**	CEN HUILA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	02/09/2026	24:00 Horas Del	07/03/2027		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CARDOSO PERDOMO, KAROL JULIETH	**No. DOC. IDENTIDAD**	1003993864
DIRECCIÓN	CR 2# 13-13	**TELÉFONO**	3052116997
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE	**No. DOC. IDENTIDAD**	891180065-2
DIRECCIÓN	CALLE 5 NO.1-40	**TELÉFONO**	8325120
BENEFICIARIO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE	**No. DOC. IDENTIDAD**	891180065-2
DIRECCIÓN	CALLE 5 NO.1-40	**TELÉFONO**	8325120

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.202 DE 2026 , CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN NO. 000525 DEL 25 DE MARZO DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 02/09/2026	24:00 Horas Del 07/03/2027	690.000,00	12.500,00
CALIDAD	00:00 Horas Del 02/09/2026	24:00 Horas Del 07/03/2027	1.380.000,00	12.500,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.070.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
YEISON BUSTOS GUTIERREZ	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	$	25.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	25.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	5.700,00
TOTAL A PAGAR	$	35.700,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 03/09/2026

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIAL.SEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial De Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO

Karol Cardoso

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	CHU-100088360	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	533170630	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/09/2026	SUC. EXPEDIDORA	CEN HUILA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	02/09/2026	24:00 Horas Del	07/03/2027		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Aliados

CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
POR UNA COLOMBIA UNIDA

PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CHU-100088360** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **CARDOSO PERDOMO, KAROL JULIETH** Asegurado o Beneficiario: **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE / ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE** , expedida por la Compañía en **03/09/2026**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN HUILA a los **03** días del mes **SEPTIEMBRE** del año **2026**.

Firma Autorizada
Compañia mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

8454 SEGUROS MUNDIAL

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA4157709998434219802000000533170630639003900000000035700960261003

NUMERO DE APROBACION 37104

Fecha: 03/09/2026 17:26:08
DU: 470736
NUM. TRANSACCION 1169766724
Valor $35.700,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000517025. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 210001 CENTRO PARQUE PRINCIPAL ::

Cajero: LADAHOWI

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Referencia de Pago No.	533170630
03/09/2026	
CHU-100088360	
09/2026 | 07/03/2027	
SO PERDOMO, KAROL	
1003993864	
BUSTOS GUTIERREZ	

Fecha Límite de Pago	03/10/2026
Prima (incluye gastos de expedición)	30.000,00
IVA	5.700,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	35.700,00

EFECTIVO $

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

ESPACIO PARA EL TIMBRE

UNICAMENTE presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de

), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA**
datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del
en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
igina web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	533170630
Fecha de Facturación	03/09/2026
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CHU-100088360
Periodo Facturado	02/09/2026 | 07/03/2027

Fecha Límite de Pago	03/10/2026
Prima (incluye gastos de expedición)	30.000,00
IVA	5.700,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	35.700,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	CARDOSO PERDOMO, KAROL
CR 2# 13-13	1003993864
Intermediario	YEISON BUSTOS GUTIERREZ

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)000005331706303900)000000035700(96)20261003

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)229905331706303900)000000035700(96)20261003

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial

DATOS DE LA POLIZA

Código de Seguridad	FFVyX6XGJVdYK47ABRe9qA==	Número de póliza	100088360
Número de anexo	0	Ramo	CUMPLIMIENTO - ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082
Fecha de expedición	03/09/2026	Inicio de vigencia Global	02/09/2026
Fin de vigencia Global	07/03/2027	Tomador	CARDOSO PERDOMO, KAROL JULIETH
		Asegurado	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE
Valor asegurado	2.070.000,00		
Movimiento	EXPEDICION		
Objeto de póliza	GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.202 DE 2026 , CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN NO. 000525 DEL 25 DE MARZO DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD		

Amparos

Nombre del Amparo	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada	Valor Prima
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas del 02/09/2026	24:00 Horas del 07/03/2027	$ 690.000,00	$ 12.500,00
CALIDAD	00:00 Horas del 02/09/2026	24:00 Horas del 07/03/2027	$ 1.380.000,00	$ 12.500,00

Esta información debe coincidir con la póliza impresa.
Si es diferente te invitamos a notificarlo al correo mundial@segurosmundial.com.co o también puedes llamar a la linea nacional 01 8000 111 936 - 3274712/13



Estimado,
CARDOSO PERDOMO KAROL JULIETH

¡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.

- 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:

ARTUNDUAGA GONZALES SILVIA
Móvil: 3152958517
Email: SARTUMND@MAPFRE.COM.CO

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

@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 3603226000178
Ref.32157407902
Copia

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	GARZON	CC PASEO DEL ROSARIO LOCAL 1-008	GARZON
TOMADOR CARDOSO PERDOMO KAROL JULIETH		**NIT / CC** 1003993864	**DIRECCIÓN** KR 2 # 13 - 13	**CIUDAD** GIGANTE	**TELEFONO** 3052116
ASEGURADO CARDOSO PERDOMO KAROL JULIETH		**NIT / CC** 1003993864	**DIRECCIÓN** KR 2 # 13 - 13	**CIUDAD** GIGANTE	**TELEFONO** 3052116
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
ARTUNDUAGA GONZALES SILVIA	AG.INDEPENDIENTE DEL	8291	3152958517	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN		
DÍA	MES	AÑO
3	9	2026

VIGENCIA POLIZA						
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	3	9	2026	365
TERMINACIÓN	00:00	3	9	2027	

VIGENCIA CERTIFICADO					
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	3	9	2026	365
TERMINACIÓN	00:00	3	9	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD	
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	HUILA
CIUDAD	GIGANTE

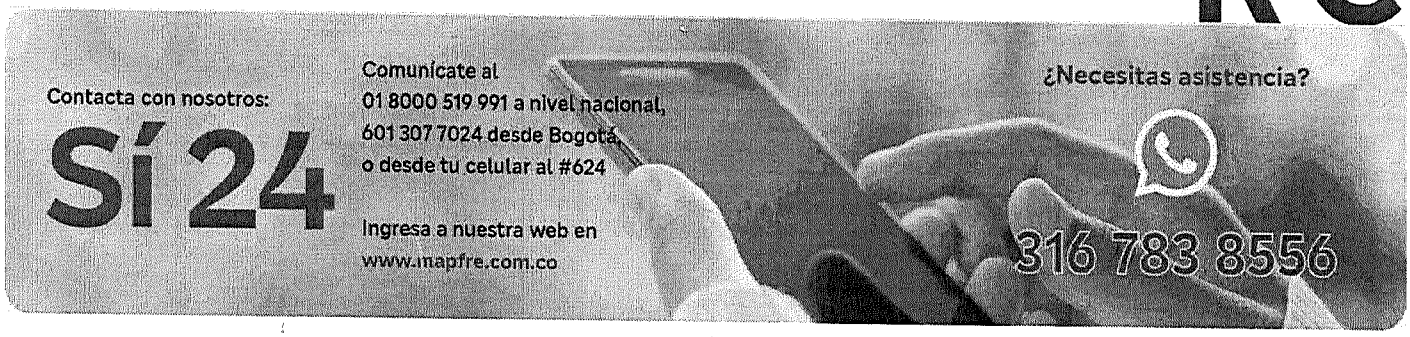


COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$40.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$100.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R-C



Aplica el Condicionado General Codigo: 28/05/2024-1326-P-06-00000VTED62MAY24 -D00126052024

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

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

mapfre

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 74.800,00	$ 20.000,00	$ 94.800,00	$ 18.012,00	$ 112.812,00

(415)7707289180029(8020)032157407902(3900)0000112812(96)20260903

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones EMISION WST

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.

ANEXOS

ASEGURADO: CARDOSO PERDOMO, KAROL JULIETH

ESPECIALIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

FECHA 03/09/2026 a 03/09/2027

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: $ 100.000.000 evento / agregado anual

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

Gastos Judiciales sub-limitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el límite 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 límite asegurado básico y no en exceso de este.

DEDUCIBLES:

Básico 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 INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

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 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 lip osucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

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 contri 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 bacteria, 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.

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.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 8098 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

Karol Cardoso.
TOMADOR

¡El pago fue exitoso!

3 Sep 2026 20:09

Comercio:	MAPFRE SEGUROS GENERALES
No. comprobante:	TR260903200905sbr8Ax
CUS:	623995425
Fecha y hora:	3 Sep 2026 20:09
No. de factura:	1768111884
Descripción pago:	3603226000178 32157407902
Referencia 1:	1768111884
Referencia 2:	NIT
Referencia 3:	8917000379
Producto origen:	Cuenta de ahorros **** 8852
Total pagado:	$ 112.812 COP

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	1	1	GARZON	CC PASEO DEL ROSARIO LOCAL 1-008	GARZON
TOMADOR CARDOSO PERDOMO KAROL JULIETH		**NIT / CC** 1003993864	**DIRECCIÓN** KR 2 # 13 - 13	**CIUDAD** GIGANTE	**TELEFONO** 3052116
ASEGURADO CARDOSO PERDOMO KAROL JULIETH		**NIT / CC** 1003993864	**DIRECCIÓN** KR 2 # 13 - 13	**CIUDAD** GIGANTE	**TELEFONO** 3052116
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
ARTUNDUAGA GONZALES SILVIA	AG.INDEPENDIENTE DEL	8291	3152958517	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
21	9	2026	INICIACIÓN	00:00	3	9	2026	365	INICIACIÓN	00:00	21	9	2026	347
			TERMINACIÓN	00:00	3	9	2027		TERMINACIÓN	00:00	3	9	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD	
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	HUILA
CIUDAD	GIGANTE



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$175.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	$70.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$175.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Asistencia medica emergencia	$175.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R-C

Contacta con nosotros:

Sí 24

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
601 307 7024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624

Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

¿Necesitas asistencia?

316 783 8556

ca el Condicionado General Codigo
05/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24
026052024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO

V.A.P.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.