Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado	**FORMATO CERTIFICACION APROBACION DE POLIZA**	CODIGO	
		GA-FO-005	
		VERSIÓN	FECHA DE EMISIÓN
		04	15/09/2025

Fecha de aprobación de la póliza	14/10/2026

1. Tipo de aprobación:	(●) Póliza de cumplimiento a favor de entidades estatales ( ) Póliza de responsabilidad civil extracontractual ( ) Certificado de modificación de póliza de responsabilidad civil extracontractual
2. Tipo y número de contrato:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 30.09.44.137 DE 2026
3. Valor inicial del contrato (letras):	CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE
4. Valor Adiciones suscritas del contrato (letras):	N/A
5. Valor adición del contrato (letras):	N/A
6. Valor total del contrato (letras):	CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE
7. Valor inicial del contrato (números):	$ 5.790.000,00
8. Valor Adiciones suscritas del contrato (números):	$ 0,00
9.Valor adición del contrato (números):	$ 0,00
10. Valor total del contrato (números):	$ 5.790.000,00
11. Fecha de suscripción del contrato	14 DE OCTUBRE DE 2026
12. Fecha de suscripción del otrosí	N/A
13. Objeto del contrato:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS Y PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E.
14. Contratista:	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO - 1.003.630.025
15. Expedida por:	SEGUROS DEL ESTADO S.A

SE APRUEBA LA PÓLIZA DESCRITA, POR ENCONTRARSE DE CONFORMIDAD CON LOS REQUERIMIENTOS CONTRACTUALES, RESPECTO DE LOS SIGUIENTES AMPAROS:

16. Tipos de amparos	17.(%)	18. Valor asegurado ($)	19. Vigencia					
			Fecha inicial			Fecha final		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	20%	$ 1.158.000,00	14	10	2026	30	6	2027
CALIDAD DEL SERVICIO	20%	$ 1.158.000,00	14	10	2026	30	6	2027

20. Observaciones:

21.Póliza: N° 25-44-101217472 Anexo: 0

Esta certificación se expide previa validación de la garantía en el sistema dispuesto por la entidad aseguradora.

Se firma la presente aprobación en Agua de Dios, el día catorce (14) de octubre de 2026

Elaboró	Revisó	Revisó	Aprobó
IVAN ALEJANDRO JIMENEZ TERREROS **APOYO CONTRATOS**	LEIDY MARCELA PLAZA STERLING **Contratista Apoyo Juridico**	JULIETH GONZALEZ BAUTISTA **Coordinadora GIT Administrativo**	ANTONIO RUIZ FLOREZ **Gerente**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101217472	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
13	10	2026	14	10	2026	00:00	30	06	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
VARGAS GALLEGO, MANUELLA ALEJHANDRA	CC: 1003.630.025

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	3228805818

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SANATORIO DE AGUA DE DIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NIT: 890.680.014-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA. 9 NO. 10 -69	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	8345000

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 30.09.44.137 DE 2026 FECHADO 14 DE OCTUBRE DE 2026 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS Y PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/10/2026	30/06/2027	$1,158,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	14/10/2026	30/06/2027	$1,158,000.00

ACLARACIONES

SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS Y LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******40,000.00	$ *******8,000.00	$ *******9,120.00	$ **********57,120.00	$ ********2,316,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
FRANCY LUZ CABEZAS MORENO	999236	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

25-44-101217472

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101217472	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
13	10	2026	14	10	2026	00:00	30	06	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	VARGAS GALLEGO, MANUELLA ALEJHANDRA		CC: 1003.630.025
DIRECCION: CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	**CIUDAD:** AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	**TELEFONO:**	3228805818

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SANATORIO DE AGUA DE DIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		NIT: 890.680.014-9
DIRECCIÓN: CRA. 9 NO. 10 -69	**CIUDAD:** AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	**TELÉFONO:**	8345000

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-44-101217472

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO

Consulta de pólizas

14/10/2026

Consulta de Póliza | Consulta de SOAT

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
25-44-101217472

Número de anexo:
0

Fecha de expedición:
martes, 13 de octubre de 2026

Ramo:
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

Asegurado:
SANATORIO DE AGUA DE DIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Tomador:
VARGAS GALLEGO MANUELLA ALEJHANDRA

Inicio de vigencia:
miércoles, 14 de octubre de 2026

Fin vigencia:
miércoles, 30 de junio de 2027

Valor total asegurado:
$ 2.316.000,00

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

Contactos para Verificación de Pólizas - Seguros del Estado SA y Seguros de Vida del Estado SA

Póliza Automóviles:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

This reCAPTCHA site admin if you at

Póliza Responsabilidad Civil de los Vehículos de Servicio Público de Pasajeros:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

Póliza de Seguros Generales:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com

Póliza de Cumplimiento - RCE derivado de contratos:

- **Teléfono:** 310 327 9980
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com

Póliza de SOAT:

- **Teléfono:** (601) 4324102 (a nivel nacional)
- **Correo electrónico:** operacionsoat@segurosdelestado.com

Póliza de Vida:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com

Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Nota: Estos canales están destinados exclusivamente para la verificación de políticas. Para presentar un PQRS, por favor ingrese al siguiente enlace: PQRS.

Copyright © 2023. Todos los derechos reservados por **Seguros del Estado**

Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado	FORMATO CERTIFICACION APROBACION DE POLIZA	CÓDIGO: GA-FO-005	
		VERSIÓN: 04	FECHA DE EMISIÓN: 15/09/2025

Fecha de aprobación de la póliza	14/10/2026

1. Tipo de aprobación:	○ Póliza de cumplimiento a favor de entidades estatales ◉ Póliza de responsabilidad civil extracontractual ○ Certificado de modificación de póliza de responsabilidad civil extracontractual
2. Tipo y número de contrato:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 30.09.44.137 DE 2026
3. Valor inicial del contrato (letras):	CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE
4. Valor Adiciones suscritas del contrato (letras):	N/A
5. Valor adición del contrato (letras):	N/A
6. Valor total del contrato (letras):	CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE
7. Valor inicial del contrato (números):	$ 5.790.000,00
8. Valor Adiciones suscritas del contrato (números):	$ 0,00
9.Valor adición del contrato (números):	$ 0,00
10. Valor total del contrato (números):	$ 5.790.000,00
11. Fecha de suscripción del contrato	14 DE OCTUBRE DE 2026
12. Fecha de suscripción del otrosí	N/A
13. Objeto del contrato:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS Y PERSONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E.
14. Contratista:	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO - 1.003.630.025
15. Expedida por:	SEGUROS DEL ESTADO S.A

SE APRUEBA LA PÓLIZA DESCRITA, POR ENCONTRARSE DE CONFORMIDAD CON LOS REQUERIMIENTOS CONTRACTUALES, RESPECTO DE LOS SIGUIENTES AMPAROS:

16. Tipos de amparos	17.(%)	18. Valor asegurado ($)	19. Vigencia					
			Fecha inicial			Fecha final		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD		$ 50.000.000,00	14	10	2026	14	10	2027
GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD		$ 50.000.000,00	14	10	2026	14	10	2027

20. Observaciones:

21.Póliza: N° 25-03-101014222 Anexo: 0

Esta certificación se expide previa validación de la garantía en el sistema dispuesto por la entidad aseguradora.

Se firma la presente aprobación en Agua de Dios, el día catorce (14) de octubre de 2026

Elaboró	Revisó	Revisó	Aprobó
IVAN ALEJANDRO JIMENEZ TERREROS **APOYO CONTRATOS**	LEIDY MARCELA PLAZA STERLING **Contratista Apoyo Juridico**	JULIETH GONZALEZ BAUTISTA **Coordinadora GIT Administrativo**	ANTONIO RUIZ FLOREZ **Gerente**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101014222	0

TOMADOR MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO — CC 1.003.630.025

DIRECCION CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN — CIUDAD AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA — TELEFONO 3228805818

ASEGURADO MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO — CC 1.003.630.025

DIRECCION CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN — CIUDAD AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA — TELEFONO 3228805818

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)
14 / 10 / 2026	14 / 10 / 2026	14 / 10 / 2027	14 / 10 / 2026	14 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FRANCY LUZ CABEZAS MORENO	999236	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 50,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 50,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 15,000,000.00

DEDUCIBLES: º 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD º 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 5,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********50,000,000.00	PRIMA:	$ **********91,853.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********17,452.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********109,305.00

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 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

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)11005612015330(3900)000000109305(96)20261128

REFERENCIA PAGO: 1100561201533-0

25-03-101014222

FIRMA AUTORIZADA — DANIELLOPEZ

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101014222	0

TOMADOR	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
ASEGURADO	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

SEGUROS DEL ESTADO S.A, QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARA SEGURESTADO, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD, LA CUAL DEBE CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN SU OPERACION EN EL TERRITORIO NACIONAL.

SE ADJUNTA CONDICIONADO GENERAL
SEGN FORMA 31/03/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I

ACTIVIDAD DE
LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA
COBERTURAS:
1.AMPARO BSICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:
SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizar hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicio patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.
A consecuencia de actos erroneos, negligencia o impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la poliza y por los cuales sea civilmente responsable.
Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.
Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducir en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.
PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:
Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:
2.1SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MDICOS:
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacin o administracin de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirrgicos dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervisin directa de ste.
No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las dems exclusiones señaladas en el captulo de exclusiones de est cotizacin.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesin y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnstico o teraputico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos estn reconocidos por la ciencia mdica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO indemnizar al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacin que pueda constituirse en una prdida demostrada bajo los trminos de este seguro.
Los gastos de defensa sern reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la pliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguros.
SEGURESTADO reconocer como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la pliza, previa aplicacin del deducible indicado en la cartula de la misma.
En los procesos penales y del tribunal de tica mdica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagarn por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
AMPARO BASICO ; SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS ; USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
VALOR ASEGURADO $50.000.000

GASTOS DE DEFENSA Limite por: OPCION No 1
Evento 5.000.000
Vigencia 15.000.000

DEDUCIBLES
DEDUCIBLESAMPAROOPCION No 1
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - Min 1 SMMLV

EXCLUSIONES

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101014222	0

TOMADOR	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
ASEGURADO	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños genticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto mdico no deseado, organismos patgenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despus del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcin hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesin de la salud con fines diferentes al diagnstico o terapia, de actos mdicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacin de la autoridad competente.

3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud, por la prestacin de sus servicios profesionales en el consultorio o en los predios del asegurado.

4.Perjuicios causados por la prestacin de servicios de salud por personas que no estn legalmente habilitadas para ejercer la profesin o no cuentan con la respectiva autorizacin o licencia otorgada por la autoridad competente.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcohlicas, intoxicantes o narcticas.

6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos mdicos que no cuentan con aprobacin y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia mdica (sociedades cientficas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencin en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos mdicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientficas y que no estn incluidos en forma expresa en la clasificacin nica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucin 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccin social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencin en tales casos.

8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirrgicos de tipo esttico o cosmtico, salvo que se trate de intervenciones o ciruga reconstructiva posterior a un accidente o ciruga correctiva de anormalidades congnitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos mdicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccin (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tcnicas de reproduccin asistida, ya sea por inseminacin artificial o fecundacin in vitro.

10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcin del embarazo.

Para el caso especfico del aborto (interrupcin voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencin que corresponda al cumplimiento de una obligacin legal y/o constitucional, como:

I-Cuando la continuacin del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un mdico.

II-Cuando exista grave malformacin del feto que haga inviable su vida, certificada por un mdico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o deinseminacin artificial o transferencia de vulo fecundado no consentidas, o de incesto.

11.Responsabilidad civil profesional por emisin de dictmenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesin o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccin con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, o sanciones de carcter administrativo.

14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientficas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacin ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la pliza y a riesgos de infeccin o contagio de enfermedades o agentes patgenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta pliza. Esta exclusin no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicin de paciente.

15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta pliza.

16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacin de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando sta no fuere aplicada por un especialista y en una institucin de la salud acreditados para este fin.

17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin al paciente. Salvo lo señalado en el artculo 7 de la ley 23 de 1981 y las que lo modifiquen, que dice:

cuando no se trate de casos de urgencia, el mdico podr excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacin de sus servicios, en razn de los siguientes motivos:

A.Que el caso no corresponda a su especialidad?

B.Que el paciente reciba la atencin de otro profesional que excluya la suya?

C.Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,

Caso en el cual SEGURESTADO respaldar al asegurado nicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el lmite pactado en la cartula de la pliza y con sujecin a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clnica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19.Responsabilidad civil por productos farmacuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmacuticos o perjuicios por el suministro drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20.Violacin del secreto profesional.

21.Prdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electrnico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algn convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de xito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto mdico, quirrgico o teraputico. As, como del incumplimiento parcial o total, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms all del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23.Actos mdicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente pliza que lleven a una reclamacin que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguneos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clnica del asegurado.

25.La transmisin de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacin de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o debera saber que es portador de una enfermedad.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101014222	0

TOMADOR	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
ASEGURADO	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

26.Actos mdicos indirectos, y los denominados extracorpreos, tales como investigacin, experimentacin, autopsia, etc.
27.Actos mdicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caractersticas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28.Filtraciones contaminantes o residuos patolgicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especficas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patolgicos.
29.Organismos patognicos.
30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean areos, terrestres o acuticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, as como los daños causados a los vehculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado
31.Atencin o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacin en casa (SHEC) y programa de hospitalizacin domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacin de servicios con una institucin/entidad prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC.
32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones martimas o fluviales.
33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34.Responsabilidad civil patronal, prcticas laborales incorrectas o de cualquier obligacin de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencin de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacin para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucin de seguridad social semejante, sea pblica o privada.
35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier otra entidad.
36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasin, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones blicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelin, revolucin, insurreccin, o conmocin civil alcanzando la proporcin de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.
II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesin, estrago o interrupcin o comisin de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses econmicos, tnicos, nacionalistas, polticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.
37.Cualquier acto, error, omisin u obligacin que involucre asbesto, su uso, exposicin, presencia, existencia, deteccin, remocin, eliminacin en cualquier ambiente, construccin o estructura.
38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacin hayan contribuido directa o indirectamente:
I-La accin de energa atmica.
II-Radiaciones ionizantes, o contaminacin por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustin de materia nuclear. Explosin, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacin de ncleos de tomos de radioactividad.
III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. As como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, as como cualquier instruccin o peticin para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.
39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su carcter de funcionario o servidor pblico segn lo define la ley correspondiente. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.
40.Responsabilidad civil profesional del rea o actividades netamente administrativas.
41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios pblicos, tales como electricidad, agua, gas, telfono.
42.El deslizamiento de tierras, fallas geolgicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcin volcnica o cualquier otra perturbacin atmosfrica o de la naturaleza, as como tambin los daños causados por la accin paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, holln, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
44.La contaminacin del medio ambiente, incluyendo contaminacin por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, sbito e imprevisto.
45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, as como el uso de armas de fuego.
46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la pliza
47.Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). As como la inobservancia o violacin de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
48.Hurto, falsificacin, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacin indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento mdico quirrgico.
50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.
51.Por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.
52.Perjuicios derivados de actos mdicos cometidos fuera de la Repblica de Colombia.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:
53.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirrgicos y no quirrgicos de tipo esttico y/o cosmtico, salvo que se trate de intervenciones o ciruga reconstructiv posterior a un accidente o ciruga correctiva de anormalidades congnitas, siempre que sea realizada por un especialista.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101014222	0

TOMADOR	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
ASEGURADO	MANUELLA ALEJHANDRA VARGAS GALLEGO			CC	1.003.630.025
DIRECCION	CARRERA 11 NO. 7-26 BARRIO GALAN	CIUDAD	AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3228805818
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

54.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
55.Procedimientos sin la autorizacin para realizacin de la ciruga e intervencin, diligenciada y firmada por:
a)El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deber estar firmada por los padres o acudientes.
b)El (os) Mdico(s) tratante(s) y
c)La Enfermera asistente o un testigo
56.El Asegurado no mantenga la historia clnica del paciente al da y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
57.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucin No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No 538 de 2020 y los dems que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
58.Se excluye la prestacin de servicios de salud en la modalidad de teleorientacin y de teleapoyo.
59.Se excluye la prestacin de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesion en el momento de la atencin en salud.
60.La prestacin de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a travs de un prestador de servicios d salud legalmente habilitado en Colombia.
61.No tienen cobertura bajo sta pliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional mdica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.

62.Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Ciberntico: exclusin de perdida de datos y cyber liability: esta pliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacin, prdida, daño o gast derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacin, uso malicioso, infeccin por programas maliciosos o virus extorsin, destruccin, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambin prdidas, daños responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacin, corrupcin, perdida, destruccin, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamient ilegal o no autorizado o revelacin de datos, destruccin o robo de cualquier computadora o aparato electrnico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacin personal o corporativa en cualquier formato o soporte.
63.Exclusin de enfermedad transmisible: LMA5394 -96
1.Este contrato excluye cualquier prdida, daño, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultad de, derivado de o en conexin con una enfermedad transmisible o el miedo, o la amenaza (ya sea esta real o percibida); de una enfermedad transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultneamente o en cualquier secuencia con dicha enfermedad.
2.Como se usa en este documento:
a)Enfermedad transmisible significa cualquier enfermedad infecciosa, transmisible o contagiosa, o cualquier mutacin o variacin de esta, que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo, incluidos, entre otros, los siguientes:
I.La sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parsito, u otro organismo o cualquier variacin de este, ya sea que se considere vivo o no, y
II.El mtodo de transmisin ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmisin por el aire, transmisin de fluidos corporales, transmisin desde o hacia cualquier superficie u objeto; slido, lquido o gaseoso; o entre organismos.
AMBITO TERRITORIAL: Colombia
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES: FECHA MXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 das calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la pliza.
- CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
Cuando el tomador y/o asegurado contrate plizas con el propsito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras plizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
-No renovacin tcita o automtica: la pliza no ser renovada automticamente, sino que, para efectos de su renovacin, el asegurado deber solicitar la renovacin con 30 das calendario de anticipacin al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentar los trminos y condiciones de acuerdo con la evaluacin del riesgo que se efecte.
-NO se otorga restablecimiento del valor asegurado.

SEGUROS DEL ESTADO

Consulta de pólizas

14/10/2026

Consulta de Póliza | Consulta de SOAT

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
25-03-101014222
Número de anexo:
0

Fecha de expedición:
miércoles, 14 de octubre de 2026
Ramo:
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Asegurado:
VARGAS GALLEGO MANUELLA ALEJHANDRA
Tomador:
VARGAS GALLEGO MANUELLA ALEJHANDRA

Inicio de vigencia:
miércoles, 14 de octubre de 2026
Fin vigencia:
jueves, 14 de octubre de 2027

Valor total asegurado:
$ 50.000.000,00

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

Contactos para Verificación de Pólizas - Seguros del Estado SA y Seguros de Vida del Estado SA

Póliza Automóviles:

- **Correo electrónico:**
  verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

This reCAPTCHA
site admin if you ar

Póliza Responsabilidad Civil de los Vehículos de Servicio Público de Pasajeros:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com

Póliza de Seguros Generales:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com

Póliza de Cumplimiento - RCE derivado de contratos:

- **Teléfono:** 310 327 9980
- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com

Póliza de SOAT:

- **Teléfono:** (601) 4324102 (a nivel nacional)
- **Correo electrónico:** operacionsoat@segurosdelestado.com

Póliza de Vida:

- **Correo electrónico:** verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com

Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Nota: Estos canales están destinados exclusivamente para la verificación de políticas.
Para presentar un PQRS, por favor ingrese al siguiente enlace: PQRS.

Copyright © 2023. Todos los derechos reservados por **Seguros del Estado**