



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**  
NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PROFESIONALES DE LA SALUD**

Ciudad de Expedición <b>BOGOTA, D.C.</b>	SUCURSAL <b>BOGOTA</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO CAUSA PRIMA</b>	POLIZA No. <b>11-03-101026664</b>	ANEXO No. <b>3</b>
TOMADOR <b>DIEGO FELIPE RINCON GUATIBONZA</b>	DIRECCION <b>CR 72 A NRO. 23 F - 36</b>	Ciudad <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT</b>	CC <b>1.020.766.141</b>	TELEFONO <b>3154507000</b>
ASEGURADO <b>UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA</b>	DIRECCION <b>CR 68 B BIS NRO. 44 - 58</b>	Ciudad <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>	NIT <b>901.361.596-4</b>	TELEFONO <b>5804400</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT <b>0-0</b>	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>13 / 01 / 2026</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>06 / 08 / 2025</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>19 / 04 / 2026</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>18 / 02 / 2026</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>19 / 04 / 2026</b>	
INTERMEDIARIO <b>PEREZ LARA CIA. LTDA. ASESORES DE S</b>	CLAVE <b>4722</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1  
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 100,000,000.00		\$ 20,000,000.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOMADOR: DIEGO FELIPE RINCON GUATIBONZA CC. 1.020.766.141 ✓  
 ASEGURADO: DIEGO FELIPE RINCON GUATIBONZA CC. 1.020.766.141 ✓  
 ASEGURADO ADICIONAL: LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA NIT.901.361.596-4 ✓  
 BENEFICIARIO: PACIENTES ATENDIDOS POR EL TALENTO HUMANO DE SALUD ASEGURADO, EN EJECUCION DEL CONTRATO No. 97-7-20578-25 Y/O TERCEROS ✓  
 LA COBERTURA OTORGADO BAJO LA PRESENTA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ACTIVIDADESDE LA SALUD, IMPUTABLE AL TALENTO HUMANO DE LA SALUD DIEGO FELIPE RINCON GUATIBONZA CC. 1.020.766.141 Y A LA: LA NACION - POLICIA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD- UNIDAD ✓

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****0.00	PRIMA:	\$ *****20,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****3,800.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****23,800.00

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 DÍAS 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 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA PAGO:  
**1100063133420-9**

(415) 7709998021157 (8020) 11200631334209 (3900) 000000023800 (56) 20260404

*[Handwritten Signature]*

11-03-101026664

FIRMA AUTORIZADA

MARLON RODRIGUEZ

CLIENTE

*[Handwritten Signature]*  
TOMADOR

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PROFESIONALES DE LA SALUD**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.	SUCURSAL BOGOTA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA	POLIZA No. 11-03-101026664	ANEXO No. 3
TOMADOR DIEGO FELIPE RINCON GUATIBONZA	DIRECCION CR 72 A NRO. 23 F - 36	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 1.020.766.141	TELEFONO 3154507000
ASEGURADO UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA	DIRECCION CR 68 B BIS NRO. 44 - 58	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	NIT 901.361.596-4	TELEFONO 5804400
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 13 / 01 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 06 / 08 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 04 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 18 / 02 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 04 / 2026	
INTERMEDIARIO PEREZ LARA CIA. LTDA. ASESORES DE S CLIENTE	CLAVE 4722	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

**INFORMACION DEL RIESGO**

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadefestado.com](http://www.segurosdevidadefestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud.

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

PÁGINA WEB | PSE | PSE | MasterCard | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla | Super INTER | éxito | MOVIRED

Grupos | SURTIMAX | Coopidrogas

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****0.00	PRIMA:	\$ *****20,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****3,800.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****23,800.00

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.

CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A, D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
1100063133420-9

(415) 7709996021167 (8020) 11000631334209 (3900) 000000023800 (96) 20260404

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**