

SEGURO RCE PROF DE LA SALUD

PÓLIZA
AB001543

FACTURA
AB049672



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	RCE PROF DE LA SALUD					ORDEN	230					
CERTIFICADO	AB049060	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6076852916					USUARIO	JSOLANO			
AGENCIA	APPRIORI SEGUROS AW LIMITADA		DIRECCIÓN CARRERA 27 N. 36 & 14, OFICINA 1101											
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN			
29	05	2025	DESDE	DD	15	MM	05	AAAA	2025	HORA	12:00	29	05	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	15	MM	05	AAAA	2026	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	CORPORACION DE PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD DEL ORIENTE COLOMBIANO SORTESALUD			NIT/CC	901784115
DIRECCIÓN	CALLE 51 # 28 - 06 INTERIOR 01			TEL/ MOVIL	3246850328
ASEGURADO	ANGIE LIZETH SERRANO BARAJAS			NIT/CC	1102377599
DIRECCIÓN				TEL/ MOVIL	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT/CC	100000002
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL			TEL/ MOVIL	1111111111
EMAIL	impuestos@confe.co				
EMAIL					
EMAIL	no_tiene@notiene.com				

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION ESPECIALIDAD	CLINICA BUCARAMANGA SANTANDER CALLE 60A N 17-62 BUCARAMANGA Enfermeria

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Profesional	\$150,000,000.00	10.00%	2.00 smmlv	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$150,000,000.00	\$345,523.00		\$65,649.00	\$411,172.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
900773814	APPRIORI SEGUROS AW LIMITADA	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO RCE PROF DE LA SALUD

PÓLIZA
AB001543

FACTURA
AB049672



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	RCE PROF DE LA SALUD	ORDEN	230
CERTICADO	AB049060	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	JSOLANO
AGENCIA	APPRIORI SEGUROS AW LIMITADA	TELÉFONO	6076852916	DIRECCIÓN	CARRERA 27 N. 36 L 14, OFICINA 1101
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
29	05	2025	DESDE	DD	15
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	15
				MM	05
				AAAA	2025
				HORA	12:00
				HORA	12:00
				AAAA	2026
FECHA DE IMPRESIÓN					
29	05	2025			
DD	MM	AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR CORPORACION DE PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD DEL ORIENTE COLOMBIANO SORTESALUD
DIRECCIÓN CALLE 51 # 28 - 06 INTERIOR 01
EMAIL impuestos@confe.co
NIT/CC 901784115
TEL/MOVI 3246850328

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE ACLARA TEXTOS

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES SECTOR SALUD

TOMADOR: SORTESALUD NIT: 901.784.115
ASEGURADO: CONFE GREMIAL COLOMBIA NIT 901807596-0 Y/O HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER NIT 900006037
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

VIGENCIA: 15 DE MAYO DE 2025
15 DE MAYO DE 2026

POLIZA: AB001543

MODALIDAD: CLAIMS MADE RETROACTIVIDAD MÁXIMA DE 2 AÑOS

OBJETIVO:

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR ERRORES U OMISIONES CON OCASIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD DIRIGIDA EXCLUSIVAMENTE A DICHOS PROFESIONALES, PARA CUBRIR LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LOS PACIENTES A CONSECUENCIA DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES PROFESIONALES CULPOSOS O NEGLIGENTES, OCURRIDOS CON OCASIÓN DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTOS, APLICACIONES TERAPÉUTICAS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y EN GENERAL DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER ACTO CLÍNICO O SANITARIO QUE SEA DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL DEL ASEGURADO.

POR SU ALTO RIESGO SOLAMENTE SE DEBE OTORGAR EN LA MODALIDAD COLECTIVA DONDE EL TOMADOR SEA UNA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD O QUE AGRUPE PROFESIONALES DE LA SALUD, Y SIEMPRE Y CUANDO TENGA CONTRATADA CON LA EQUIDAD SEGUROS O.C. TODAS SUS NECESIDADES DE SEGUROS.

COBERTURAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

ESTE SEGURO CUBRE LOS PERJUICIOS POR ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CAUSADO CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE SU PROFESIÓN MÉDICA Y/O ODONTOLÓGICA POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

ESTA COBERTURA INCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ERRORES U OMISIONES COMETIDOS POR EL PERSONAL A SU SERVICIO Y BAJO SU SUPERVISIÓN LEGAL.

IGUALMENTE, BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LA SUSTITUCIÓN QUE HAYA HECHO SOBRE OTRO PROFESIONAL DE LA MISMA ESPECIALIDAD, SIEMPRE QUE ESTE HAYA CUMPLIDO CON LAS INSTRUCCIONES/ESPECIFICACIONES DADAS POR EL ASEGURADO. NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PROPIA DEL MÉDICO SUSTITUTO.

USO DE EQUIPOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS

ESTE AMPARO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN O USO DE LOS APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

ESTE AMPARO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR LOS DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN, USO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD Y QUE APARECEN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA COMO PREDIOS ASEGURADOS.

DEDUCIBLES: 10% DEL VALOR DEL SINIESTRO MÍNIMO 2 SMMLV

VALOR ASEGURADO:

LÍMITE EVENTO / VIGENCIA
\$ 150.000.000

NIVELES DE RIESGO:

NIVEL DE RIESGO ESPECIALIDADES
RIESGO ALTO MÉDICOS DE URGENCIA CIRUGÍA PLÁSTICA NEUROCIRUGÍA GINECOOBSTETRICIA CIRUGÍA ANESTESIOLOGÍA Y ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO RCE PROF DE LA SALUD

PÓLIZA
AB001543

FACTURA
AB049672



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	RCE PROF DE LA SALUD					ORDEN	230					
CERTIFICADO	AB049060	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6076852916				USUARIO	JSOLANO				
AGENCIA	APPROPRI SEGUROS AW LIMITADA		DIRECCIÓN		CARRERA 27 N. 36 14, OFICINA 1101									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
29	05	2025	DESDE	DD	15	MM	05	AAAA	2025	HORA	12:00	29	05	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	15	MM	05	AAAA	2026	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CORPORACION DE PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD DEL ORIENTE COLOMBIANO SORTESALUD
DIRECCIÓN CALLE 51 # 28 - 06 INTERIOR 01
EMAIL impuestos@confe.co
NIT/CC 901784115
TEL/MOVIL 3246850328

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

RIESGO MEDIO UROLOGÍA OFTALMOLOGÍA Y NEUROLOGÍA
 RIESGO BAJO OTORRINOLARINGOLOGÍA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA Y PATOLOGÍA Y LAS RESTANTES
 PROFESIONALES QUE NO LABOREN EN
 URGENCIAS
 *LAS ENFERMARAS PROFESIONALES, AUXILIARES DE ENFERMERÍA HACEN PARTE DEL GRUPO DENOMINADO RIESGO BAJO, PARA LOS MÉDICOS GENERALES
 SE MANTIENE LA TARIFA DE RIESGOS BAJO, SIEMPRE Y CUANDO NO EJECUTEN SUS LABORES EN URGENCIAS LO QUE APLICARÍA RIESGO ALTO

EVENTOS CUBIERTOS

LOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

VIGENCIA

LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICO SEGURA TIENE VIGENCIA DE UN (1) AÑO Y LOS SINIESTROS PRESENTADOS DURANTE LA VIGENCIA
 PUEDEN SER DECLARADOS DOS (2) AÑOS POSTERIORES A LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

NINGUNA PÓLIZA O PLAN EXISTENTE EN EL MERCADO ES VITALICIO, LA COBERTURA TERMINA CUANDO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO ES
 UTILIZADO AL 100%.

CLAÚSULA DE REVISIÓN Y AJUSTE DE TÉRMINOS

EL ÍNDICE DE SINIESTRALIDAD SE REVISARÁ TRIMESTRALMENTE Y LOS TÉRMINOS SERÁN AJUSTADOS CUANDO DICHO ÍNDICE SUPERE EL 40%.
 CON BASE EN EL RESULTADO CUANDO ESTE SUPERA EL PORCENTAJE SE PODRÁ MODIFICAR LOS TÉRMINOS DE AMPARO Y CONDICIONES ECONÓMICAS
 DE LA MISMA. LOS NUEVOS TÉRMINOS SERÁN INFORMADOS AL ASEGURADO QUIEN TENDRÁ UN PLAZO MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO
 PARA MANIFESTAR SU ACEPTACIÓN O RECHAZO.

EXCLUSIONES:

- o LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.
- o DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DIFERENTES A LA TERAPIA.
- o LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- o RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
- o POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES PARA RECONSTRUCCIÓN O PROVOCADA POR ACCIDENTE.
- o GASTOS DE DEFENSA
- o RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
- o RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES
- o RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.
- o DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O CONSERVACIÓN DE SANGRE O PLASMA SANGUÍNEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIÓN, TRANSMISIÓN O CONTAGIO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
- o RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.
- o RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.
- o RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.
- o PÉRDIDAS FINANCIERAS PURAS
- o RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES.
- o DOLO O CULPA GRAVE o CORONAVIRUS EXCLUSIÓN:

LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGA COBERTURA A CUALQUIER RECLAMO CAUSADO DE CUALQUIER MANERA POR O RESULTANTE DE:

- ENFERMEDAD CORONAVIRUS (COVID-19);
- SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2);
- CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DE SARS-COV-2;
- CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DE A), B) O C) ANTERIORES.

o EXCLUSIÓN POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (LMA 5396)

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO DENTRO DE ESTE CONTRATO DE REASEGURO, EL PRESENTE EXCLUYE LAS PÉRDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA, PROVOCADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE, A LOS QUE HAYA CONTRIBUIDO, QUE RESULTEN, SURJAN O SE RELACIONEN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O SOSPECHADA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTÁNEAMENTE

[Firma Autorizada]

**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
 Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
 desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

FACTURA
AB049672

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR

Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 91358 opción servicio al cliente.