

sura

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
MEDELLIN, 2026-07-02	4033 - SUCURSAL SAN FERNANDO 5	03013858260702909650	900001024493	COTIZACIÓN RENOVACIÓN

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 00:00 horas del 2026-08-15	Hasta las 23:59 horas del 2027-08-15	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
MORA*HURTADO**JUAN DAVID	17802

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
ILIANY PAOLA UTRIA ACEVEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1047450358



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Cirujano Maxilofacial-ODONTOLOGIA | Valor asegurado: $525.500.000

Fecha de retroactividad: 15/08/2023

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	$50.000.000	$50.000.000	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Periodo adicional para notificaciones	100%	100%	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
Responsabilidad civil por el uso de equipos especiales	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

Hospital Universitario del Cari

NIT 900 042 103-5

APROBACION DE GARANTIA UNICA FECHA 04 - 09 - 2026

CONTRATO N 000283 TIPO DE CONTRATO Prestación

CONTRATISTA Aliany Yria A. C.C. 1047450358

POLIZA N 90000 1024493 ASEGURADORA Suramericana

AMPARO Ex. Civil VALOR DE AMPARO $525.000.000

FUNCIONARIO QUE APROBA [illegible]

* [illegible] *

Textos y aclaraciones

Equipos de radiología con fines de diagnóstico.
Equipos de rayos X para terapéutica.
Equipos de tomografías por ordenador (Scanner).
Equipos de radiación por isótopos para terapéutica.
Equipos de generación de rayos láser.
Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias.

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
0.8995‰	$525.500.000	$472.709	$89.815	$562.524
			Valor total a pagar más IVA	**$562.524**

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	$472.709	$89.815	$562.524
VALOR TOTAL	**$472.709**	**$89.815**	**$562.524**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
17802	MORA*HURTADO**JUAN DAVID	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	2009-06-01	13-18	P	06	F-01-13-064

CONDICIONES DE COTIZACIÓN

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

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.
CARTAGENA	CARTAGENA	ANEXO CAUSA PRIMA	75-03-101012611	4

TOMADOR	DONOVAN RODRIGUEZ SIERRA			CC	1.047.378.798
DIRECCION	CR 20 NRO. 29 C - 31	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3103177097
ASEGURADO	DONOVAN RODRIGUEZ SIERRA			CC	1.047.378.798
DIRECCION	CR 20 NRO. 29 C - 31	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3103177097
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
09 / 07 / 2026	30 / 06 / 2026	30 / 06 / 2027	09 / 07 / 2026	30 / 06 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ANTONIO JOSE PARDO FLOREZ	194516	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENDODONCIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 800,000,000.00		$ 240,000,000.00
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	$ 800,000,000.00		$ 0.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.PROF DE SALUD			

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.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 - $ 25,000,000.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC.PROF DE SALUD - $ 500,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ ***********55,735.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********10,589.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********66,325.00

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 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

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

(415)7709998021167(8020)11013107803376(3900)000000066325(96)20260823

REFERENCIA PAGO: 1101310780337-6

75-03-101012611

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JOSECASTELLON

Hospital Universitario del Caribe

NIT 900 042 103-5

APROBACION DE GARANTIA UNICA FECHA 04 - 09 - 2026

CONTRATO N 000283 TIPO DE CONTRATO Prestación

CONTRATISTA Jonovan Rodriguez C.N. 1047378798

POLIZA N 1010126 11 ASEGURADORA S. del Estado

AMPARO Resp. civil VALOR DEL AMPARO $ 800.000.000

FUNCIONARIO QUE APROBA [illegible]

* [illegible] con [illegible] de Contratación de Hdo. del Caribe *

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.
CARTAGENA	CARTAGENA	ANEXO DE RENOVACION	75-03-101018520	2

TOMADOR	ALEXANDER POMARES CUETO			CC	1.050.949.630
DIRECCION	CR 4 NRO. 46 - 46	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3133390317
ASEGURADO	ALEXANDER POMARES CUETO			CC	1.050.949.630
DIRECCION	CR 4 NRO. 46 - 46	CIUDAD	CARTAGENA, BOLIVAR	TELEFONO	3133390317
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 06 / 2026	01 / 07 / 2026	01 / 07 / 2027	01 / 07 / 2026	01 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ANTONIO JOSE PARDO FLOREZ	194516	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CIRUGIA MAXILOFACIAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA $ TINVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,500,000,000.00	
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 1,500,000,000.00	
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD		$ 450,000,000.00

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 - $ 25,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,500,000,000.00	PRIMA:	$ *********1,150,474.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********218,590.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********1,369,064.00

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 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

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

(415)7709998021167(8020)11013107787824(3900)000001369064(96)20260815

REFERENCIA PAGO:
1101310778782-4

75-03-101018520

FIRMA AUTORIZADA
LORRAINNESEPULVEDA

CLIENTE

TOMADOR

Hospital Universitario del Caribe

NIT 900 042 103-5

APROBACION DE GARANTIA UNICA FECHA 04 - 09 - 2026

CONTRATO N 000283 TIPO DE CONTRATO Prestación

CONTRATISTA Alexander Tomasz CC N 1050949630

POLIZA N 101018570 ASEGURADORA S. del Estado

AMPARO Pres. cuz. VALOR DEL AMPARO $1.500.000.000

FUNCIONARIO QUE APROBA [signature]

* Se aprueba [illegible] de contratación de Hospital del Caribe *