

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: IBAGUE

USUARIO: OBENAVIDES

TIP CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 27 09 2023

TOMADOR		DYLLAN ARLEY GUTIERREZ DIAZ		C.C. O NIT: 1001111307		7	
DIRECCIÓN:		CL 7 23 93		CIUDAD:		HONDA	
E-MAIL:		ARLEYG12.AG@GMAIL.COM		TELÉFONO:		3214073666	
ASEGURADO:		DYLLAN ARLEY GUTIERREZ DIAZ		C.C. O NIT:		1001111307	
DIRECCIÓN:		CL 7 23 93		CIUDAD:		HONDA	
BENEFICIARIO:		TERCEROS/AFFECTADOS		TEL:		3214073666	
DIRECCIÓN:				C.C. O NIT:		0000000000	
VIGENCIA		CIUDAD:		TEL:			
DESDE DD MM AAAA		HASTA DD MM AAAA		VALOR ASEGURADO EN PESOS			
01 10 2023		01 10 2024		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		NUEVA	
NOMBRE		COMPANIA		PRIMA		232,000,000.00	
VANEGAS MONTEALEGRE, CECILIA				PRIMA NETA		PESOS 166,000.00	
				CARGOS DE EMISIÓN		PESOS 0.00	
				IVA		PESOS 31,540.00	
				TOTAL		197,540.00	
AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS		VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	
		Desde Hasta				VALOR PRIMA EN PESOS	
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		01-10-2023 01-10-2024		0.00		232,000,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		01-10-2023 01-10-2024		0.00		232,000,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		01-10-2023 01-10-2024		0.00		232,000,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		01-10-2023 01-10-2024		0.00		46,400,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		01-10-2023 01-10-2024		0.00		46,400,000.00	
						DEDUCIBLE	
						% Mínimo	
						10 5,000,000.00	
						10 900,000.00	
						10 100,000.00	
						10 900,000.00	
						10 900,000.00	

SUJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: FISIOTERAPEUTA

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. COMO GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-0001 Nota Técnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMLPCM04

TOMADOR



COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión: Wed, 27 Sep 2023 14:36:44

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA E.S.E					
Proceso	CONTRATACIÓN		Código	CONT-CONT-FOR-018-V03	
Subproceso	Contratación		Fecha de elaboración	30/12/2020	
Nombre del documento	APROBACIÓN DE PÓLIZA			Última actualización	12/10/2023
Responsable: Líder de Proceso	Revisado: Comité de Calidad		Aprobado: Gerente		

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

1.1 CONTRATO No.	001193-2023
1.2. CONTRATISTA:	DYLLAN ARLEY GUTIERREZ DIAZ
1.3 OBJETO:	EJECUTAR LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE TERAPIA RESPIRATORIA REQUERIDAS POR EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA E.S.E.
1.4 VALOR:	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS (\$4.440.000,00) MONEDA LEGAL.
1.5 TÉRMINO:	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2023.
1.6 FECHA DEL CONTRATO:	DICIEMBRE 1 DE 2023

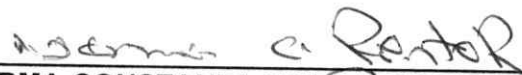
2. GARANTÍAS

2.1. ASEGURADORA:	CONFIANZA
2.2. No. PÓLIZA:	802045804
2.3. FECHA DE APROBACIÓN:	DICIEMBRE 1 DE 2023
2.4. TIPO DE GARANTÍA, SUFICIENCIA Y VIGENCIA:	

GARANTÍA	SUFICIENCIA	VIGENCIA					
		DESDE			HASTA		
Responsabilidad Civil Profesional	Doscientos (200) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.	1	10	2023	1	10	2024

3. ELABORÓ Y REVISÓ

3.1. ELABORÓ:


NORMA CONSTANZA PINTO RONCANCIO
 Supervisora

3.2. REVISÓ:


LEONEL TOCORA SANTANA
 Apoyo Contratación.

4. RESPONSABLE DE LA APROBACIÓN


MANUEL ALFONSO GONZALEZ CANTOR
 Gerente E.S.E.