REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1

EL JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 2115 DEL 23 DE JUNIO 2023 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL, NOMBRADO MEDIANTE ORDEN INTERNA 100 DEL 30 DE JUNIO DE 2023 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO Nº. 81-7-20269-23
CONTRATISTA: IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U.
NIT: 900.243.862-1

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1".

VALOR DEL CONTRATO: OCHENTA Y TRES MILLONES DE PESOS ($83.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, distribuidos de la siguiente manera: Para la vigencia 2023 **TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** y para la vigencia 2024 **OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**

PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL: HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2024.

PÓLIZAS CUMPLIMIENTO N° 380-47-994000139582 Anexo 0 Expedida 26/12/2023
COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL N° 380-88-994000000030 **Anexo 0 Expedida** 27/12/2023
COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Amparo	Valor asegurado	Vigencia(día-mes-año)	
		Desde	Hasta
Cumplimiento del contrato	$ 16.600.000,00	26/12/2023	01/02/2025
Calidad del servicio	$ 41.500.000,00	26/12/2023	01/02/2025
Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	$ 4.150.000,00	26/12/2023	01/02/2028
Responsabilidad civil profesional	$ 232.000.000,00	27/12/2023	27/12/2024

Por encontrarse expedida en debida forma, de conformidad con lo exigido en el contrato de la referencia, se aprueba la póliza de garantía única.

Para constancia se firma en Bogotá, el día 28 DIC. 2023

Teniente Coronel **CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.

Elaborado por: Subintendente KEILA KARINA MUÑOZ PACHECO
Analista de Contratos

Revisado por: Subintendente DIEGO GIOVANNY PATIÑO GONZALEZ
Jefe (E) Grupo contratos (RASES) No.1.

Revisado por: Capitán JHON EDISON LIZCANO GODOY
Jefe Área Logística y Financiera (RASES) No.1.

Vo. Bo.: Abogado Mayor YESID GUERRERO RODRIGUEZ

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3805360116

PÓLIZA No: 380 - 47 - 994000139582 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNEDY COD. AGENCIA: 380 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
26	12	2023	26	12	2023

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

DIRECCIÓN: CALLE 8 9-99 CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS TELÉFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.336.524-5

BENEFICIARIO: LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.336.524-5

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	26/12/2023	01/02/2025	16,600,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	26/12/2023	01/02/2028	4,150,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	26/12/2023	01/02/2025	41,500,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 900336524 - LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PN RASES NO. 81-7-20269-23, DE FECHA 21 DE DICIEMBRE DE 2023 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.

NOTA: SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LA MULTAS Y DE CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA Y LA ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****62,250,000.00	$ **********284,133	$****11,000.00	$ **********0	$ **********295,133

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	100.00			

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLITICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

DE ACUERDO CON EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000380536011

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CDD0207D0C09FC7F5E

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN

Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa S.A. *Certifica que la póliza de Cumplimiento Numero* ***994000139582*** *expedida por la compañía, fue cancelada la prima por parte del tomador, de acuerdo con lo señalado en el numeral 19 del artículo 25 de l4 ley 80 de 1993, en concordancia con el artículo 7 de la ley 1150 de 2007.*

Tomador: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U.
NIT: 900.243.862-1
Asegurado: LA NACION-POLICIA NACIONAL -DIRECCION DE SANIDAD -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1.
NIT: 900.336.524-5

Se firma en Bogotá el día 26 de diciembre de 2023

Firma Autorizada

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3805361049

PÓLIZA No: 380 -88 - 994000000030 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNEDY — COD. AGE: 380 — RAMO: 88 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
27 / 12 / 2023	27 / 12 / 2023 / 23:59	27 / 12 / 2024 / 23:59 / 366	27 / 12 / 2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS)
	27 / 12 / 2023 / 23:59	27 / 12 / 2024 / 23:59 / 366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U — IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELÉFONO: 6085927183

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U — IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELÉFONO: 6085927183

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: AMAZONAS CIUDAD: LETICIA

DIRECCION: CALLE 8 No. 9-99 IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U

ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 232,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	232,000,000.00	

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U
ASEGURADO: IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS:

CALLE 8 # 9 - 99 BARRIO CENTRO - LETICIA - AMAZONAS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud, consistentes en servicios médicos del tercer (III) nivel.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 0

VIGENCIA: Un Año, con inicio de cobertura a las 23:59 hora local, fecha de inicio a convenir

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***232,000,000.00	$ ********6,979,068	$****15,000.00	$ **********0	$ ********6,994,068

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000380536104

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

LUIRINCON 0

CDD0207D0C09FD7E5B

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNEDY | COD. AGENCIA: 380 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: 994000000030 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** — IDENTIFICACIÓN: NIT 900.243.862-1

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

INTERES ASEGURADO

De conformidad con los límites, sublimites, coberturas y condiciones generales o particulares descritos en la caratula de la póliza, el presente seguro tiene por objeto cubrir las reclamaciones o gastos de defensa que se deriven de la ejecución UNICAMENTE del Contrato de prestación de servicios PN RASES No. 81-7-20269-23 entre LA NACIÓN - POLICIA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1., y IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUES E.U. CUYO OBJETO ES LAPRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVLES DE COMPLEJIDAD I, II PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA UNIDAD PRESTATADORA DE SALUD EN EL DEPARAMENTO , PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.

CONDICIONES GENERALES:
Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf

MODALIDAD DE COBERTURA:
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir del inicio de vigencia de la presente póliza con Aseguradora Solidaria.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:
" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.
" Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:
o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
o Suministro de medicamentos.
o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

" Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:
o Por Proceso: COP $10.000.000.
o Por Evento: COP $25.000.000.
" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP $5.000.000 por evento / COP $10.000.000 vigencia.
" Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:
Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.
"
" Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
" No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNEDY COD. AGENCIA: 380 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000030 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.
" Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
" Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
" Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
" Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
" Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.
" Todas las modificaciones, alteraciones y/o extensiones deberán ser acordadas con Aseguradora Solidaria de Colombia.
" Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170 se excluyen además las aquí nombradas cualquier diferencia con amparos y exclusiones prevalecerán las siguientes:
o Asegurado contra Asegurado.
o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
o Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
o Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
o Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
o Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
o Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
o Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
o Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
o Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.
o Cirugía Plástica / Estética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados de la cirugía plástica / cosmética a menos que la cirugía plástica y /o estética reconstructiva sea totalmente necesaria como consecuencia de un accidente y / o deformación congénita
o IVF- Fertilización in Vitro / Esterilización / Aborto: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados o atribuibles a la realización de cualquier tratamiento de fertilización in vitro, procedimiento de esterilización y/o cualquier otra operación/ tratamiento destinada a la terminación/ interrupción del embarazo a menos que sea clínicamente indicada
o Esta póliza no cubre, ningún reclamo (de cualquier naturaleza, tales como pero no limitado a civil, penal, disciplinario, ético administrativo), pérdida o daños ya sea materiales o personales, patrimoniales o extrapatrimoniales, punitivos, multiplicados o de cualquier otro tipo (incluyendo pero no limitado a: angustia emocional, trauma mental, cualquier tipo de fobia, interrupción de negocios, sufrimiento físico de cualquier tipo, daños por haber sido o estado expuesto a enfermedades contagiosas o infecciosas, etc.), ni ningún tipo de gastos; que provengan directa o indirectamente (causados y/o relacionados de alguna manera) con: el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y/o Síndrome de Deficiencia Adquirida (SIDA), , y/o hepatitis, y/o enfermedad Creutzfel- Jacob, y/o zika, y/o ningún tipo de coronavirus (incluyendo pero no limitado a COVID-19), y/o cualquier virus o bacteria (incluyendo pero no limitado a: Ébola, bird flu, SARS, MERS, swine flu, etc.), y/o sus agentes patógenos y/o o cualquier enfermedad de cualquier naturaleza que se considere epidémica y/o que se considere pandémica, o que haya sido declarada en cualquier forma ya sea por la Organización Mundial de la Salud y/o Gobierno de un País y/o cualquier otra entidad oficial o no como epidemia y/o pandemia.
o Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado
o Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
o LASIK: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y-o gastos que surjan de o en conexión con el desempeño de LASIK (Laser in situ keratomileusis
o Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y-o gastos que surjan directa o indirectamente y causada por o asociada con un ensayo clínico y/o prueba de cualquier droga y/o medicamento
o Delegación: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de tratamientos, servicios, y / u otros actos médicos propios de la responsabilidad de los médicos y que sean delegados a personal no médico diferentes a médicos responsables.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNEDY COD. AGENCIA: 380 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000030 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

o Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan y/o sea atribuibles o formuladas al asegurado y que sean relacionadas y/o derivadas de cualquier tipo de ataque sexual, abuso y/o acoso físico y/o sexual y/o violación, discriminación sexual así como cualquier evento que atente contra la libertad e indemnidad sexual de individuo ,y que sucedan tanto con el pretexto de tratamiento o de forma aislada e independiente de dicho pretexto y/o en el curso del tratamiento médico o de forma aislada e independiente del mismo tratamiento.
o Telemedicina
o Rehabilitación automática de la suma asegurada
o Riesgo y-o ataques cibernéticos (Cyber and Data Total Exclusion LMA5468)
o Operaciones domiciliadas en Estados Unidos
o Los reaseguradores no serán responsables de pagar daños y/o costos originados en, basados en o atribuibles a reclamaciones generadas por o resultantes de, directa o indirectamente, total o parcialmente actividad(es) que tengan que ver con países, entidades y/o personas Sancionados por el Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica y-o Unión Europea y-o Reino Unido
o Queda totalmente excluido cualquier exposición originados en, basados en o atribuibles a reclamaciones generadas por o resultantes de, directa o indirectamente, total o parcialmente riesgos y/o exposiciones relativos a Rusia y-o Ucrania y-o Bielorrusia.
o Y Demás exclusiones y términos que trae en la póliza general de la Fundación San Carlos

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:
a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNÉDY COD. AGENCIA: 380 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000030 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

ASEGURADO: **IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.243.862-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Articulo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza, adicionalmente cumplirá con las que se relaciona a continuación;

" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.
" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesis, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.
" Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.
" Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.
" Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.
" Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: 10% de valor de tales gastos.
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV.

CLIENTE