

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0022		
Fecha: 19-08-2015	APROBACIÓN GARANTÍA ÚNICA	
Versión: 2		

Unidad: UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER

EL JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 00277 DEL 27-01-2020 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 101-7-20124-20 (SFI 124) ELABORADO EL 27/03/2020

CONTRATISTA: HORTA PINZON ANA CAROLINA

Página 1 OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL"

Código: 2BS

Fecha: 19-08-2015

Versión: 2

VALOR DEL CONTRATO: (\$17.576.020,00) DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL VEINTE PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA

PLAZO: SIETE (07) MESES.

Unidad:

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

PÓLIZAS CUMPLIMIENTO N°: 730-47-994000010255 Expedida el: 01/04/2020

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

RÓLIZAS RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL N°:96-03-101007987 Expedida el: 01/04/2020

Amparo	Valor asegurado	Vigencia(día-mes-año)	
		Desde	Hasta
Cumplimiento del contrato	\$3.515.204,00	01/04/2020	16/05/2021
Calidad de Servicio	\$8.788.010,00	01/04/2020	16/05/2021
Responsabilidad Civil Profesiones Médicas	\$100.000.000,00	01/04/2020	01/04/2021

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 Bucaramanga, a los 01/04/2020

Mayor **VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO DUARTE**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Santander (E)

Revisado aprobó PS-16 JENNY FERNANDA CACERES VILLABONA
Asesora Jurídica

Elaboró: TA_27 Liliana Becerra Parra
Analista de contratos

"HUMANISMO Y CALIDAD, CAMINO A LA EXCELENCIA EN LA SANIDAD POLICIAL"

Avenida 61 No. 10-200 Ciudadela Real de Minas

Teléfono: 6447295

secsa.contratos@gmail.com

www.policia.gov.co/disan

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7300364861

PÓLIZA No: 730 - 47 - 994000010255 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **BUARAMANGA AURORA**

COD. AGENCIA: 730 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	04	2020	01	04	2020
FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ANA CAROLINA HORTA PINZON**

IDENTIFICACIÓN: CC **52.866.991**

DIRECCIÓN: **BATALLON CALDAS EDIFICIO CAMACHO LEYVA APTO 301** CIUDAD: **BUARAMANGA, SANTANDER**

TÉLEFONO: **3102856532**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.361.090-1**

BENEFICIARIO: **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.361.090-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
01/04/2020	16/05/2021	3,515,204.00
01/04/2020	16/05/2021	8,788,010.00

CUMPLIMIENTO
CALIDAD DEL SERVICIO

BENEFICIARIOS
NIT 901361090 - **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER**

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 NO.101-7-20124-20, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENERJERA PROFESIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER.

SE ACALARA QUE EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA SON COBERTURA DEL AMPARO DE CUMPLIMIENTO SEGUN NUESTRO CONDICIONADO.

LA COMPAÑIA DE SEGUROS RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: LA NACION- POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER , NIT 901.361.090-1.

VALOR ASEGURADO TOTAL:

******12,303,214.00**

VALOR PRIMA:

\$ ***55,280**

GASTOS EXPEDICION:

\$ **15,000.00**

IVA:

\$ ***13,353**

TOTAL A PAGAR:

\$ ***83,633**

NOMBRE INTERMEDIARIO
LEIDY CAROLINA NARVAEZ PINTO

CLAVE
8988

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000730036486

Carolina Horta Pinzón
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE





SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION BUCARAMANGA	SUCURSAL BUCARAMANGA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 96-03-101007987	ANEXO No. 0
TOMADOR ANA CAROLINA HORTA PINZON			CC 52.866.991	
DIRECCION KILOMETRO 4 VIA IZA			TELEFONO 3104764165	
ASEGURADO LA NACION-POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER			NIT 901.361.090-1	
DIRECCION CALLE 61 17E-10			TELEFONO 6430900	
CIUDAD BUCARAMANGA, SANTANDER			NIT 0-0	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS				

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 01 / 04 / 2020	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2020	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2021	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2020	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2021
INTERMEDIARIO LEIDY CAROLINA NARVAEZ PINTO		CLAVE 184267	% PARTICIPACION 100,00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION

AMPAROS

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

PERJUICIO PATRIMONIAL

ERRORES U OMISIONES

\$ 100,000,000.00

\$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****100,000,000.00

PRIMA:

\$ *****126,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

IVA:

\$ *****23,940.00

TOTAL A PAGAR:

\$ *****149,940.00

MINIMO 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: CALLE 44 NO 36-08, TELÉFONO 6578486 - BUCARAMANGA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11014109419244 (3900) 000000149940 (96) 20200516

REFERENCIA
PAGO:

1101410941924-4

96-03-101007987

FIRMA AUTORIZADA

DAYANARAVELO

CLIENTE

Oficina Principal Cra. 1° No. 50 • 20 Bogotá D.C. Teléfono 2196977

Carolina Horta P

TOMACR



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BUCARAMANGA	EMISION ORIGINAL	96-03-101007987	0
TOMADOR	ANA CAROLINA HORTA PINZON	CC	52.866.991
DIRECCION	KILOMETRO 4 VIA IZA	TELEFONO	3104764165
	CIUDAD IZA, BOYACA		
ASEGURADO	LA NACION-POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER	NIT	901.361.090-1
DIRECCION	CALLE 61 17E-10	TELEFONO	6430900
	CIUDAD BUCARAMANGA, SANTANDER		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE REALIZA EXTENSION DE COBERTURA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. 101-7-20124-20 (SFI 124) CELEBRADO ENTRE LA NACION - POLICIA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER Y HORTA PINZON ANA CAROLINA CUYO OBJETO ES ENFERMERA PROFESIONAL

ASEGURADO Y BENEFICIARIO ADICIONAL

LA NACION - POLICIA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A

CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE.

30/07/2018 - 1329 - P - 06 - ERC001A

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD CONDICIONES GENERALES MODALIDAD OCURRENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARA SEGURESTADO, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA, Y CON SUJECCION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD, LA CUAL DEBE CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN SU OPERACION EN EL TERRITORIO NACIONAL.

SECCION I COBERTURAS



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BUCARAMANGA	EMISION ORIGINAL	96-03-101007987	0
TOMADOR	ANA CAROLINA HORTA PINZON	CC	52.866.991
DIRECCION	KILOMETRO 4 VIA IZA	CIUDAD	IZA, BOYACA
ASEGURADO	LA NACION-POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER	TELEFONO	3104764165
DIRECCION	CALLE 61 17E-10	NIT	901.361.090-1
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD	BUCARAMANGA, SANTANDER
		TELEFONO	6430900
		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS. A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA O IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE. CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER Pagina 2 de 15 PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA. 2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA CON SUJECCION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES A CONSECUENCIA DE: 2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO. 2.2 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE. 2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR: 1. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO. 2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO. 3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN Pagina 3 de 15 ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS. PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO. 2.4 GASTOS DE DEFENSA SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO. LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS. SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCTIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. SE C C I O N II EXCLUSIONES BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR: 1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO. 2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE. Pagina 4 de 15 3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO. 4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. 5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES O NARCOTICAS. 6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS. 7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS. 8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA. 9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO. 10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO. PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO: Pagina 5 de 15 I- CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO. II- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO. III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO. 11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE. 12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES. 13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO. 14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE. 15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA. 16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BUCARAMANGA	EMISION ORIGINAL	96-03-101007987	0
TOMADOR	ANA CAROLINA HORTA PINZON	CC	52.866.991
DIRECCION	KILOMETRO 4 VIA IZA	CIUDAD	IZA, BOYACA
		TELEFONO	3104764165
ASEGURADO	LA NACION-POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER	NIT	901.361.090-1
DIRECCION	CALLE 61 17E-10	CIUDAD	BUCARAMANGA, SANTANDER
		TELEFONO	6430900
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

DEFINICIONES GENERALES Bajo este contrato de seguro se entendera por cada uno de los terminos relacionados a continuacion, lo siguiente: 1. ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA: Conjunto de procedimientos clinicos profesionales prestados a pacientes por el asegurado y/o el personal de la salud a su servicio debidamente autorizados conforme a la leyes aplicables y especificados en la caratula de la poliza y/o anexos y mediante los cuales se trata de obtener la curacion o alivio del paciente. Ellos pueden ser preventivos, de promocion de la salud, diagnosticos, terapeuticos o de rehabilitacion. Se entienden por estos: consulta medica, diagnostico, prescripcion, servicios de laboratorio, recomendacion terapeutica, administracion de medicamentos, procedimientos quirurgicos, emision de documentos medicos, historia clinica, rehabilitacion y demas procedimientos medicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un paciente. 2. ACTOS ERRONEOS: Cualquier acto medico real o supuesto, error, omision o incumplimiento negligente relacionado con los servicios profesionales y/o asistenciales de la salud prestados por el asegurado y que, conforme a la ley, generan responsabilidad civil del mismo y en consecuencia llevan a una reclamacion efectuada por el paciente afectado o tercero afectado o sus causahabientes sobre el procedimiento realizado por el asegurado. 3. ASEGURADO: Es la persona natural titular del riesgo y del interes asegurable objeto del presente contrato de seguro, debidamente nombrada como tal en la caratula de la poliza. 4. DEDUCIBLE: Es el monto o porcentaje del daño indemnizable determinado en la caratula de la poliza para cada amparo/coertura, previamente convenido con el tomador, que invariablemente se deduce de la indemnizacion y siempre queda a cargo del asegurado o del beneficiario. Si como consecuencia de un solo siniestro se afectan varias de las coberturas de los amparos contratados por el tomador, el deducible estipulado en la caratula de la poliza se aplicara para cada amparo por separado. 5. SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurrido durante la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias juridicas sean reclamadas al asegurado, por via judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza o mas tardar dentro del periodo de prescripcion que tiene el tercero afectado frente al asegurado de acuerdo con lo establecido en la legislacion colombiana. Respecto de la accion directa que tiene el tercero afectado frente a SEGURESTADO la prescripcion correrá de acuerdo con lo establecido en el codigo de comercio colombiano. Pagina 11 de 15 Asi mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideraran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas. La responsabilidad maxima de SEGURESTADO por dicho daño y/o costos, no excedera el limite de responsabilidad por evento / vigencia establecido en las condiciones particulares y/o en la caratula de la poliza. 6. PACIENTE: Es la persona natural atendida por el asegurado para recibir asistencia medica y resulta afectada por el hecho de responsabilidad civil profesional imputable al asegurado de acuerdo con la ley y a las condiciones generales de la poliza. 7. TERCERO AFECTADO: Es la persona natural o juridica que resulta afectada o damnificada por un hecho de responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado de acuerdo con la ley, por eventos amparados bajo la presente poliza: Para los efectos de este contrato de seguros, NO se consideran terceros a: A. El conyuge, compañero permanente y los parientes del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad. B. Las personas vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestacion de servicios, asi como los socios del asegurado, y los contratistas y subcontratistas a su servicio, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes del asegurado. 8. VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y que corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de un evento amparado a la luz de este contrato de seguro, luego de aplicar el deducible por cada siniestro que pueda ocurrir durante la vigencia de la poliza. SEGURESTADO no estara obligado, en ningun caso, a pagar daños y/o costos que excedan el limite agregado de responsabilidad aplicable, una vez este haya sido agotado por el pago de daños y/o costos. Los sublimites indicados en algunos amparos o coberturas bajo las condiciones del presente contrato de seguro se deben entender incluidos dentro del limite de valor asegurado para la cobertura basica y por lo tanto no incrementan la responsabilidad de SEGURESTADO, a menos que se indique lo contrario mediante condicion particular en la poliza. 9. VIGENCIA DEL SEGURO: Es el periodo de cobertura comprendido entre las fechas de inicio y terminacion que aparecen señaladas en la caratula de la poliza o sus anexos, durante las cuales el asegurado realiza las actividades relacionadas con la profesion de la salud asegurada y entre las cuales debe ocurrir el acto o hecho dañoso por el cual se imputa la responsabilidad al profesional de la salud asegurado. 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO: Hace referencia al procedimiento mediante el cual el medico comunica e informa a su paciente las diversas opciones y alternativas para el diagnostico, evolucion y tratamiento de la enfermedad, advirtiendole los riesgos inherentes a los procedimientos, asi como los beneficios que se deriven, en Pagina 12 de 15 forma clara para que le permitan tomar una decision racional. Este procedimiento es la autorizacion autonoma de una intervencion medica de cada paciente capaz en particular. El consentimiento debe ser libre, autonomo, informado, constante y cualificado, del cual debe quedar constancia expresa. El asegurado quedara exonerado de advertir los riesgos en los siguientes casos: - Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan. - Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento medico. El medico dejara constancia en la historia clinica del consentimiento informado o de la imposibilidad de hacerlo. 11. DISENTIMIENTO INFORMADO: Es el documento donde se expresa la negacion por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realizacion de procedimientos medicos, terapeuticos que son necesarios para el manejo de la salud del paciente. 12. PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADO: Profesionales en medicina, odontologia, enfermeria, tecnicos y auxiliares en carreras o programas relacionados con el sector de la salud, realizados en una universidad o institucion de educacion superior acreditada en Colombia por el ministerio de educacion nacional o quien haga sus veces, o en una institucion de educacion en el extranjero siempre que el titulo profesional, tecnico o auxiliar sea homologado en Colombia por la autoridad competente. 13. PERJUICIOS PATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios patrimoniales el daño emergente y el lucro cesante del paciente, tercero afectado y/o sus causahabientes que haya sido causado por el asegurado en la poliza y por el cual este sea civilmente responsable. 14. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios extrapatrimoniales el daño moral, daño a la vida en relacion, daño fisiologico y/o a la salud, reclamado a SEGURESTADO con ocasion a un evento amparado en la poliza, que se reconocera siempre que se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza. S E C C I O N I V OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO 1. CONSERVACION DEL ESTADO DEL RIESGO - NOTIFICACION DE SUS CAMBIOS El asegurado o el tomador, segun sea el caso estan obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberan notificar por escrito a SEGURESTADO los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan a dicha celebracion que signifiquen un cambio en el estado del riesgo. Pagina 13 de 15 La notificacion a SEGURESTADO debera hacerse por escrito, con antelacion no menor de diez (10) dias habiles a la fecha en que se dara la modificacion del riesgo, si esta depende del arbitrio del tomador o del asegurado. Si le es extraña, tal notificacion se debera realizar dentro de los diez (10) dias habiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de la modificacion. Se presume el conocimiento por parte del tomador o del asegurado, transcurridos treinta (30) dias habiles desde el momento de la modificacion. Una vez notificada la modificacion del riesgo en los terminos arriba expuestos, SEGURESTADO podra revocar el contrato de seguro o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima o en las condiciones del contrato. La falta de notificacion oportuna a SEGURESTADO segun los terminos antes indicados produce la terminacion de este contrato. 2. PAGO DE LA PRIMA - TERMINACION AUTOMATICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA El tomador del seguro esta obligado a pagar la prima. Salvo disposicion contractual en contrario, debera hacerlo a mas tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la poliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. La mora en el pago de la prima de la poliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella,



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION BUCARAMANGA	SUCURSAL BUCARAMANGA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 96-03-101007987	ANEXO No. 0
TOMADOR ANA CAROLINA HORTA PINZON			CC 52.866.991	
DIRECCION KILOMETRO 4 VIA IZA			TELEFONO 3104764165	
ASEGURADO LA NACION-POLICIA NACIONAL- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER			NIT 901.361.090-1	
DIRECCION CALLE 61 17E-10			TELEFONO 6430900	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 01 / 04 / 2020	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2021		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2021	
INTERMEDIARIO LEIDY CAROLINA NARVAEZ PINTO	CLAVE 184267	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO	
CLIENTE			% PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO



P. GUESTADO
PROTECTOR DEL CONSUMIDOR

PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****100,000,000.00	PRIMA:	\$ *****126,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****23,940.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****149,940.00

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 SE REALIZA A SEGUROESTADO, 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.

CALLE 44 NO 36-08, TELÉFONO 6578486 - BUCARAMANGA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11014109419244 (3900) 000000149940 (96) 20200516

REFERENCIA
PAGO:

1101410941924-4

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE