PRORROGA 001 Y MODIFICACIÓN 001 LEGAL AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro. 86-7-20218-24 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 IDENTIFICADA CON NIT 900.339.410-8 Y UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S IDENTIFICADA CON NIT 900.377.863-2, CUYO OBJETO ES LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".

Entre los suscritos a saber, el señor Teniente Coronel **GILBERTO GUTIERREZ BOTELLO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88.033.546 expedida en Pamplona Norte de Santander, actuando en nombre y representación de **LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3**, cargo para el cual fue nombrado mediante orden interna No. 003 del 07 de enero del 2025, y de acuerdo a la Resolución 00364 del 12/02/2025 que modifico temporalmente la Resolución No. 00011 del 02/01/2025, por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos" proferida por el señor Director General de la Policía Nacional de Colombia; en uso de sus facultades legales y en especial de las conferidas por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte; y por la otra, **UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S** con NIT **900.377.863-2**, representada legalmente por la Señora **GLORIA HIOMARA BELTRAN FRANCO** identificada con cedula de ciudadanía No. 53.050.993 expedida en Bogotá D.C, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **PRORROGA 001 y MODIFICACIÓN 001** al contrato **N° 86-7-20218-24**, previa las siguientes consideraciones:

1.Que la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, suscribió el Contrato **Nro. 86-7-20218-24**, con fecha Veintidós (22) de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024) y de conformidad con la Cláusula **OBJETO DEL CONTRATO,** El CONTRATISTA se compromete con el CONTRATANTE a garantizar **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".** Por un valor de CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE **($130.000.000,00)** distribuidos de la siguiente manera:

- DIEZ MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE **($10.000.000,00)** para la vigencia 2024 y CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE amparados mediante el **Registro Presupuestal SIIF 82624 del 26/11/2024 y QUIPU 1115 del 26-11-2024** para la vigencia 2024.

- **CIENTO VEINTE MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($ 120.000.000,00)** para la vigencia 2025, amparados inicialmente mediante el **COMPROMISO DE VIGENCIA FUTURA 17024 Y QUIPU 1116 del 26-11-2024** para la vigencia futura 2025, expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3.

2. Que el contrato **Nro. 86-7-20218-24** se perfeccionó y legalizó con la firma de las partes y la expedición de la respectiva carta de inicio de ejecución del contrato a partir del 29 de noviembre del 2024 hasta el **30 de abril de 2025** o hasta que se agote el presupuesto o lo que primero ocurra, proferida por la señora

Mayor **SAIRA YULIETH SEPÚLVEDA FLÓREZ**, en su calidad de jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3.

3.Que el día 23 de diciembre de 2024 se realizó la **SUSTITUCIÓN 001** por un valor de **SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($6.764.460)** de la vigencia 2024 para la vigencia 2025. Así las cosas, el valor del contrato principal **N° 86-7-20218-24,** quedo por un total de **CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00)**, distribuidos así:

- Para la vigencia 2024: por un valor de **TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($3.235.540),** amparados mediante el **Registro Presupuestal SIIF 82624 del 26/11/2024 y QUIPU 1115 del 26-11-2024** para la vigencia 2024.

- para la vigencia 2025: por un valor de **CIENTO VEINTISEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($126.764.460).** amparados mediante el **Registro Presupuestal SIIF 7825 del 05/01/2025 y QUIPU 1116 del 26-11-2024 y QUIPU 1389 DEL 25-12-2024** para la vigencia 2025.

4. Que, mediante comunicado **GS-2025-027138-DERIS** de fecha 08 de abril del 2025, la señora Patrullera **ADRIANA RAMIREZ CORREA**, en su calidad de supervisora del contrato, solicita a la **UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S**, la aceptación de la **PRORROGA 001,** por un periodo de (90) noventa días contados a partir del 01/05/2025 hasta el 31/07/2025. La empresa, mediante comunicado escrito de fecha 08 de abril del 2025 a través de su representante legal, la señora **GLORIA HIOMARA BELTRAN FRANCO** aceptan dicha solicitud. (Ver anexo).

5. Que, mediante comunicado **GS-2025-027157-DERIS** de fecha 08 de abril de 2025, la señora Patrullera **ADRIANA RAMIREZ CORREA,** supervisora del contrato, solicita al señor Teniente coronel **GILBERTO GUTIEREZ BOTELLO** Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, autorización para realizar la **PRORROGA 001,** por un periodo de (90) noventa días contados a partir del 01/05/2025 hasta el 31/07/2025. La Jefatura mediante comentario a través del Gestor de Documentos Policiales (GEPOL), dispone: "*ordenar, atender y continuar con el trámite administrativo en términos de ley*". (Ver anexo).

6. Que el 23 de abril del 2025, la señora **LUZ KARIME QUINTERO** Asistente de contratación de **UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S,** envía correo electrónico a la supervisora del contrato con el fin de realizar la modificación del representante legal de la empresa. Esta información fue remitida Mediante comunicado oficial radicado Nro. **GS-2025-030777-DERIS** del **23/04/2025** para análisis de la Regional. La jefatura mediante comentario a través del Gestor de Documentos Policiales (GEPOL), autoriza y envía al grupo de contratos para adelantar el trámite administrativo de acuerdo a la norma.

7. De conformidad con la Ley 80 de 1993, por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, la Resolución Número 03049 del 30 de julio del 2014 y la Resolución 00090 del 15 de enero del 2018, por la cual se modifica el Manual de Contratación de la Policía Nacional, las partes están facultadas para suscribir la presente **PRORROGA 001 Y MODIFICACIÓN 001** al Contrato Principal Nro. ***86-7-20218-24.***

EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:

CLÁUSULA PRIMERA: modificar la CLÁUSULA CONTRATISTA del contrato principal Nro. 86-7-20218-24, con el fin de actualizar el representante legal de la entidad quedando establecido así:

CONTRATISTA	**NOMBRE:** UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S **NIT:** 900.377.863.-2 **REPRESENTANTE LEGAL:** GLORIA HIOMARA BELTRAN FRANCO **DOC. IDENTIDAD**: **C.C.** Nro. 53.050.993 Expedida en Bogotá D.C **DIRECCIÓN:** Cra 6 Nro. 2 63 AVENIDA CENTENARIO Armenia-Quindío **TELEFONO:** 6063310712 **E-MAIL:** notificacionesudc@zentria.com.co

CLÁUSULA SEGUNDA: modificar la CLÁUSULA PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN del contrato principal Nro. 86-7-20218-24, Prorrogándolo por noventa (90) días más contados desde el 01 de mayo hasta el 31 de julio 2025.

CLÁUSULA TERCERA: Modificar la CLÁUSULA **-GARANTÍA UNICA** - Con el objeto de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, el CONTRATISTA se compromete ampliar a favor del CONTRATANTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3. NIT 900.339.410-8, las Garantías.

a) **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Estimación del riesgo por 20% del valor del contrato, que cubra el término de la vigencia incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.

b) **CALIDAD DEL SERVICIO:** Estimación del riesgo por 50% del valor del contrato, que cubra el término de la vigencia del contrato y por (1) un año más incluyendo sus prórrogas si a ello hubiere lugar.

c) **PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES:** Estimación del riesgo por 5% del valor del contrato, que cubra el término de la vigencia del contrato y tres (3) años más incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.

d) **RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:** Por (200 SMLMV) Que cubra toda la ejecución del contrato (fecha de inicio hasta la terminación). incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.

CLÁUSULA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES - EL CONTRATISTA declara bajo juramento, que no está incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución Nacional, en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes vigentes; así mismo, en caso de sobrevenir alguna de ellas durante el desarrollo del mismo, procederá conforme, al artículo 9º de la ley 80 de 1993.

CLÁUSULA QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN, la presente **PRORROGA 001 Y MODIFICACIÓN 001,** al Contrato Principal Nro. **86-7-20218-24**, se entiende perfeccionada y legalizada con la firma de las partes y la aprobación de la garantía única.

CLÁUSULA SEXTA: Los demás aspectos del contrato principal Nro. **86-7-20218-24**, que no hayan sido objeto de ampliación o aclaración en la presente modificación, se mantienen vigentes en los mismos términos y condiciones.

PRORROGA 001 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro. 86-7-20218-24 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 IDENTIFICADA CON NIT 900.339.410-8 Y UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S IDENTIFICADA CON NIT 900.377.863-2, CUYO OBJETO ES LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".

Para constancia se firma en Pereira – Risaralda a los

CONTRATANTE

Teniente Coronel **GILBERTO GUTIERREZ BOTELLO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3

CONTRATISTA

Señora **GLORIA HIOMARA BELTRAN FRANCO**
Cedula Ciudadania 53.050.993 Expedida en Bogotá D.C
Representante Legal **UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S**

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR:	Analista Grupo Contratos	SI. Jose Sain Hernandez Guerrero	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Grupo Contratos	SI. Yulieth Liseth Marin Vargas	
REVISADO PARA FIRMA POR	Abogado Grupo Contratos	CPS. Nelson Raúl Figueroa Peñaloza	
REVISADO PARA FIRMA POR	Jefe Área Administrativa	MY. Saira Yulieth Sepúlveda Flórez	
FECHA DE ELABORACIÓN	25/04/2025		

No. CONTRATO: 86-7-20218-24

CONTRATISTA: UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S
NIT 890.801.201-0

OBJETO DEL CONTRATO: LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".

EXPEDIDA A FAVOR DE LA: POLICÍA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3, Identificada con el NIT. 900.339.410-8.

Debe constar expresamente en la póliza que ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenidas. Así mismo, se indicará que en el evento en que, por incumplimiento del contratista garantizado, el asegurador resolviera continuar, como cesionario, con la ejecución del contrato y la entidad estatal contratante estuviere de acuerdo con ello, el contratista garantizado aceptará desde el momento de contratación de la póliza la cesión del contrato a favor del asegurador. En todo caso, dependiendo del tipo de mecanismo de cobertura elegido, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el **Decreto 1082** de **2015**.

VALOR DEL CONTRATO PRINCIPAL: CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00)

PRORROGA 001: Por noventa (90) días más, contados a partir del 01/05/2025 hasta el 31/07/2025.

AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	$ 26.000.000,00	20%	22/11/2024	30/11/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	$ 65.000.000,00	50%	22/11/2024	30/11/2026
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	$ 6.500.000,00	5%	22/11/2024	30/11/2028
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200 SMLMV	----	22/11/2024	31/07/2025

Nota 1: La aplicación del presente formato se realizará a los contratos sobre los cuales se haya requerido la constitución de Garantía Única a través de póliza de seguro, conforme a lo anterior las coberturas, vigencias y valores asegurados, corresponden a lo establecido en el mismo.

Los datos registrados en el anterior cuadro constituyen una guía para el contratista y su aseguradora, pero es responsabilidad exclusiva del contratista allegar en debida forma y oportunamente la póliza de garantía única, toda vez que las vigencias finales pueden variar dependiendo de la fecha de expedición.

La póliza de garantía única debe presentarse debidamente suscrita por la aseguradora y por el tomador al Grupo de Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3.

Atentamente,

Subintendente **YULIETH LISETH MARIN VARGAS**
Responsable Grupo de contratos (E)

Elaborado por: SI JOS ESAIN HERNÁNDEZ GUERRERO

Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 ext.8305
deris.upres-con@policia.gov.co
www.Policia.gov.co

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0022		
Fecha: 25/11/2011		
Versión: 1	FORMATO APROBACIÓN GARANTÍA ÚNICA	

UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

EL SUSCRITO JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN 00364 DEL 12/02/2025 QUE MODIFICO LA RESOLUCIÓN NO. 00011 DEL 02/01/2025, ORDEN INTERNA No. 003 DEL 07 DE ENERO DEL 2025 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y DECRETO 1082 DE 2015, REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: 86-7-20218-24

CONTRATISTA: UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S
NIT 900.377.863-2

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".

VALOR DEL CONTRATO PRINCIPAL: CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00)

PRORROGA 001: Por noventa (90) días más contados desde el 01 de mayo de 2025 hasta el 31 de julio de 2025.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A NIT 860.009-578-6
PÓLIZA No 18-44-101102539 Anexo 1 Expedida el 29/04/2025 Calidad y Cumplimiento
COMPAÑÍA ASEGURADORA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL No 12-67761 Expedida el 26/11/2024

AMPAROS

AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	$ 26.000.000,00	20%	22/11/2024	30/11/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	$ 65.000.000,00	50%	22/11/2024	30/11/2026
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	$ 6.500.000,00	5%	22/11/2024	30/11/2028
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	200 SMLMV	----	22/11/2024	30/07/2025

Se aprueba de manera parcial la póliza de Responsabilidad Civil Profesional en mención, ya que la cobertura es hasta 30/07/2025. El contratista se compromete a realizar la renovación pertinente con el fin de cubrir el plazo de ejecución del contrato, es decir hasta el 31/07/2025, incluyendo prorrogas si a ello hubiere lugar.

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 Pereira a los 30 ABR 2025

Teniente Coronel **GILBERTO GUTIERREZ BOTELLO**
Jefe Regional de aseguramiento en salud N.3

Elaboró: SI José Saín Hernández Guerrero
Funcionario grupo contratos Rases Nro3

Revisó y aprobó: Nelson Raúl Figueroa Peñaloza
CPS Abogado Grupo contratos Rases Nro.3
30-04-25

Calle 94 Avenida villa olímpica frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext.8305
Deris.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101102539	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	04	2025	22	11	2024	00:00	30	11	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
UNION DE CIRUJANOS SAS	NIT: 900.377.863-2	CR 23 NRO. 46 - 07 CS101	MANIZALES, CALDAS	8851025

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3	NIT: 900.339.410-8	AV OLIMPICA CLL 94 FRENTE AL EXPOFUTURO	PEREIRA, RISARALDA	3164770

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA EJECUCION DEL No. CONTRATO: 86-7-20218-24 REFERENTE A REALIZAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA.

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS.

EN EL EVENTO EN QUE, POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCION DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESOTUVIERE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTARA DESDE EL MOMENTO DE CONTRATACION DE LA PLIZA LA CESION DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR. EN TODO CASO, DEPENDIENDO DEL TIPO DE MECANISMO DE COBERTURA ELEGIDO, DEBERA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/11/2024	30/11/2025	$26,000,000.00	$26,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	22/11/2024	30/11/2026	$65,000,000.00	$65,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	22/11/2024	30/11/2028	$6,500,000.00	$6,500,000.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN PRORROGA No 001 AL CONTRATO SUSCRITO POR LAS PARTES SE PRORROGAN LAS VIGENCIAS DE LOS AMPAROS DE LA PRESENTE POLIZA
LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******49,375.00	$ *******8,000.00	$ ******10,901.00	$ **********68,276.00	$ *******97,500,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
ASA AGENCIA DE SEGUROS LTDA	164194	30.00
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORR	971116	70.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

18-44-101102539

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oleda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101102539	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	04	2025	22	11	2024	00:00	30	11	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
UNION DE CIRUJANOS SAS		NIT: 900.377.863-2	
DIRECCIÓN: CR 23 NRO. 46 - 07 CS101	CIUDAD: MANIZALES, CALDAS	TELÉFONO:	8851025

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3	NIT: 900.339.410-8

DIRECCIÓN: AV OLIMPICA CLL 94 FRENTE AL EXPOFUTURO	CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA	TELÉFONO	3164770

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER · éxito · MOVIIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******49,375.00	$ *******8,000.00	$ ******10,901.00	$ **********68,276.00	$ *******97,500,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASA AGENCIA DE SEGUROS LTDA	164194	30.00			
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORR	971116	70.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11003612778160 (3900) 000000068276 (96) 20251122

REFERENCIA PAGO: 1100361277816-0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101102539	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	04	2025	22	11	2024	00:00	30	11	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
UNION DE CIRUJANOS SAS			NIT: 900.377.863-2
DIRECCIÓN: CR 23 NRO. 46 - 07 CS101	**CIUDAD:** MANIZALES, CALDAS	**TELÉFONO:**	8851025

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3			NIT: 900.339.410-8
DIRECCIÓN: AV OLIMPICA CLL 94 FRENTE AL EXPOFUTURO	**CIUDAD:** PEREIRA, RISARALDA	**TELÉFONO:**	3164770

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-44-101102539

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JOSELEAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101102539, anexo 1, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 29 días del mes de ABRIL de 2025

18-44-101102539

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 103202

miércoles, 30 de abril de 2025, 11:31:03 AM

Detalle

$68,276.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Débito desde:	Cuenta corriente ******7390
Descripción:	Transaccion de pago
Fecha y hora inicio transacción	2025-04-30 11:24:28
NIT del comercio	8600095786
Número de factura	1676060197
Código Único de Seguimiento	1444885907
Dirección IP:	190.121.151.221
Referencia 1:	1676060197
Referencia 2:	NIT
Referencia 3:	8600095786

Ha bueno Chubb Seguros
Colombia S.A. NIT:
860.026.518-6
Calle 71 #7-21 Piso 7

Bogotá D.C. , Colombia
O +(601) 319 0300
F +(601) 319 0408

597306

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
NIT: 860.026.518-6
CERTIFICA QUE:

CHUBB®

AVIDANTI S.A.S *identificada con* ***Nit. 800.185.449-9*** *tiene contratada con nuestra compañía la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12-67761, bajo las condiciones que detallamos a continuación:*

TOMADOR:
AVIDANTI S.A.S

ASEGURADO:
AVIDANTI SAS
ANGIOGRAFIA DE COLOMBIA SAS
ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS
CLINICA CHIA S.A.S
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S.
INVERCLINICAS S.A.
CLINICA BLAS DE LEZO S.A.S
CLNICA LA MILAGROSA S.A.
CLINICA GENERAL DE CIENAGA S.A.S
CLINICA MEDIESP S.A.S
HELPHARMA S.A.S
UNION DE CIRUJANOS S.A.S

VIGENCIA:
Desde Junio 31 de 2024 a las 00:00 horas Hasta Julio 30 de 2025 a las 24:00 horas

LÍMITE ASEGURADO:
Cop $4.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual

DEDUCIBLE
Organización Clínica General del Norte: 10% del valor de la perdida mínimo COP $100.000.000 por reclamo

Demas Compañías: 10% del valor de la perdida mínimo COP $50.000.000 por reclamo

La presente certificación se expide por solicitud del Asegurado en conexión al contrato con LA NACION – POLICÍA NACIONA- DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No. 3

Bajo estos términos y condiciones se extiende a amparar los servicios profesionales de un ACTO MÉDICO ERRÓNEO en conexión al ***CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PN RASES 3, No. 86-7-20218-24*** *suscrito entre* ***LA NACION – POLICÍA NACIONA- DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No. 3*** *y* ***UNION DE CIRUJANOS S.A.S.***

Este certificado no modifica de manera alguna ni toma precedente sobre los términos y condiciones de la póliza No. 12-67761

Esta certificación se encuentra sujeta a la totalidad de términos, condiciones, amparos, exclusiones, garantías, definiciones y sublímites de acuerdo con la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12-67761, emitida por ***CHUBB SEGUROS,*** *y el* clausulado de condiciones generales.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá, el día 26 de noviembre de 2024

Cordialmente,

GLORIA STELLA GARCÍA MONCADA
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

CHUBB®

AVIDANTI S.A.S

Tomador:	AVIDANTI S.A.S (NIT.800.185.449-9)
Asegurado:	1. AVIDANTI SAS 2. ANGIOGRAFIA DE COLOMBIA SAS 3. ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS 4. CLINICA CHIA S.A.S 5. ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S. 6. INVERCLINICAS S.A. 7. CLINICA BLAS DE LEZO S.A.S 8. CLNICA LA MILAGROSA S.A. 9. CLINICA GENERAL DE CIENAGA S.A.S 10. CLINICA MEDIESP S.A.S 11. HELPHARMA S.A.S 12. UNION DE CIRUJANOS S.A.S
Vigencia:	Desde Julio 31 de 2024 a las 00:00 horas – Hasta el 30 de Julio de 2025 a las 24 horas.
Interés:	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitación Territorial:	Colombia
Jurisdicción:	Colombia
Modalidad de Cobertura:	Claims Made

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Condiciones Económicas (Opciones)

Limite de Responsabilidad	Deducible por reclamo	Prima Anual Antes de IVA
Cop $4.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual	Organización Clínica General del Norte: 10% del valor de la perdida mínimo COP $100.000.000 por reclamo Demas Compañías: 10% del valor de la perdida mínimo COP $50.000.000 por reclamo	COP$ 2.358.000.000 + Gastos de emision COP$12.0000

Cobertura Basica

- COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

  POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

  LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

  LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS. SALVO AQUELLAS CIRUGIAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MEDICA POR SALUD, Y SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PROCEDIMIENTOS SEAN REALIZADOS POR LOS ESPECIALISTAS DEBIDAMENTE APORBADOS PARA TAL FIN.

- SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN **3.24 INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO** Y EN SU LUGAR SE REEMPLAZA POR LA SIGUIENTE:

  3.24 INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO
  ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO EXCEPTO CUANDO LA SALUD O VIDA DE LA MUJER ESTA EN RIESGO, O POR EXIGENCIA LEGAL Y CONSTITUCIONAL LA CLÍNICA SE VEA OBLIGADA A HACER EL TRATAMIENTO.
  LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA PERMANECEN SIN CAMBIO.

- RECLAMOS PRESENTADAS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.

- QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.

- SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** Y EN SU LUGAR SE REEMPLAZA POR LA SIGUIENTE:

  EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

  3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

  ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

- EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS PARA CLINICA CHIA

  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: LA SINIESTRALIDAD REPORTADA POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS PARA LA VIGENCIA FEBRERO 01 DE 2020 A 31 DE ENERO DE 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS PARA AVIDANTI

  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: LA SINIESTRALIDAD REPORTADA POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS EN EL AÑO 2020.

- EXCLUSIÓN OFAC:

  ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

  TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN

- EXCLUSION **DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE**

  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS**, NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.**

  PARA PROPÓSITOS DE ESTE ENDOSO, **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE** HACE REFERENCIA A:

  1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
  2) NEUMONÍA ATÍPICA O CUALQUIER CEPA DE LA MISMA;

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Fecha de retroactividad: Los **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será:

  1. Para Avidanti: Abril 14 de 2006 pero para limites superiores a $2.000.000.000 la fecha de retroactividad es Julio 31 de 2024

  2. Para Angiografia: Junio 5 de 2018, pero para limites superiores a $2.000.000.000 la fecha de retroactividad es Julio 31 de 2024

  3. Para Oncologos de Occidente SAS

     15/07/2011 y para CLINICA MARAYA 22/10/2013 siempre y cuando cumplan con lo siguiente: Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

Para limites superiores a COP1.000.000.000 la fecha de retroactividad será 01 de octubre de 2021

4. Para Clinica Chia S.A. : 1 de febrero de 2020, pero para limites superiores a $3.000.000.000 la fecha de retroactividad es Julio 31 de 2024

5. Para Organizacion Clinica General Del Norte S.A.S. la fecha de retroactividad es Julio 31 de 2024

6. Para Inverclinicas S.A. la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

7. Para Clinica Blas De Lezo S.A.S la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

8. Para Clnica La Milagrosa S.A. la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

9. Para Clinica General De Cienaga S.A.S la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

10. Para Clinica Mediesp S.A.S la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

11. Para Helpharma S.A.S:

    Mayo 05 de 2020 siempre y cuando cumplan con lo siguiente: Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

    Para limites superiores a $3.185.000.000 la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

12. Para Union De Cirujanos S.A.S:

    Noviembre 08 de 2017 siempre y cuando cumplan con lo siguiente: Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

    Para limites superiores a $750.000.000 la fecha de retroactividad es es Julio 31 de 2024

Condición aplicable para la fecha de retroactividad otorgada en esta póliza: La aseguradora no será responsable y el asegurado renuncia al llamamiento en garantía de la aseguradora, por cualquier evento,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

reclamo o circunstancia que pueda estar cubierta por otra póliza cuya modalidad sea distinta a la de claims made. La anterior condición queda como exclusión absoluta.

- Fecha de **Reconocimiento de antiguedad**:

  1. Avidanti SAS : Junio 12 de 2019 a las 00:00 horas. Para Clinica Avidanti Santa Marta será 20 de Noviembre de 2019.
  2. Angiografia De Colombia SAS : Junio 22 de 2019 a las 00:00 horas.
  3. Oncologos De Occidente SAS: 01 de Octubre de 2021
  4. Clinica Chia S.A.S.: 01 de Febrero de 2020
  5. Organizacion Clinica General Del Norte S.A.S., Inverclinicas S.A., Clinica Blas De Lezo S.A.S, Clnica La Milagrosa S.A., Clinica General De Cienaga S.A.S, Clinica Mediesp S.A.S, Helpharma S.A.S, Union De Cirujanos S.A.S: Julio 31 de 2024

- Beneficiario: Terceros afectados incluyendo, pero sin limitarse a Famisanar si para efectos de una eventual reclamación pudiere ser considerado como tercero afectado.
- **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES** de acuerdo a lo estipulado en la condicion 8 del Clausulado General: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses.
- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por AVIDANTI SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato PGP Contributivo No. 00053-2015. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.
- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por AVIDANTI SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato PGP Subsidiado No. 00007-2017. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.
- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por AVIDANTI SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato Otrosi No. 1 del 4 de octubre de 2013 . Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza
- NUEVA EPS S.A es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de un **Acto Médico Erróneo** cometido por ONCOLOGOS DE OCCIDENTE S.A.S en la prestación de los **Servicios Profesionales** incluidos dentro del Plan de Atención Complementaria, modalidad EVENTO suscrito el 26/9/2016. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato celebrado el día 02-09-2011. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No.02-01-05-00203-2016. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No.01-08-05-00060-2017. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CLINICA BLAS DE BLEZO SAS en la prestación de los Servicios Profesionales en virtud del contrato No.02-01-08—00051-2021. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CLINICA BLAS DE LEZO SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato modalidad de evento del 22-09-2011. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CLINICA BLAS DE LEZO SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No.01-08-05-00101-2019. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE INCLUYE LA SIGUIENTE CONDICION A LA PÓLIZA

Se incluye dentro de las condiciones adicionales la siguiente extensión 2.5 **GASTOS PENALES**

GASTOS PENALES

LA DEFINICIÓN DE **GASTOS LEGALES** SE EXTIENDE A CUBRIR, LOS **GASTOS LEGALES** QUE SE GENEREN DE LA COMPARECENCIA DE UN **ASEGURADO**, A UN PROCESO PENAL CORRESPONDIENTE A UNA **RECLAMACIÓN** DERIVADA DE UN **ACTO MÉDICO**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..

- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

Requerimientos de Información

La siguiente información deberá ser entregada a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. antes de la fecha de inicio de vigencia. Las condiciones otorgadas en esta nota de cobertura, estarán sujetas a la información solicitada. Dependiendo del análisis de dicha información, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., se reserva el derecho de mantener, modificar o retirar los términos y condiciones

- Suministrar los contratos de Organización Clinica General del Norte y de Clinica Blas de Lezo que se relacionan en este slip.
- Firmar el formulario de solicitud de Oncologos del Occidente SAS, Clinica Chia, Inverclinica , Clinica Blas de Lezo, Clinica la Milagrosa, Clínica General de Cienaga, Clinica Mediesp. Union de Cirujanos
- Se adjunta tabla de Excel con profesionales, camas, pacientes para que esta información sea validada, ya que es la base para el año siguiente en la renovación
- Enviar el anexo 1, numero de sedes de Clinica Chia
- Indicar la fecha en la que fue diligenciado el formulario de Organización clínica General del Norte, Clinica Blas de Lezo , Clinica Mediesp
- Formulario de Conocimiento del cliente, de acuerdo con las regulaciones de la Superintendencia Financiera para compañías de Seguros.
- Adjuntar la documentación soporte requerida para personas jurídicas:
  - ✓ Original del certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio, con expedición no superior a tres (3) meses.
  - ✓ Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
  - ✓ Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
  - ✓ Estados Financieros comparativos del ultimo periodo contable con sus respectivas notas y dictamen del revisor fiscal.

Participación CHUBB:	100% de la anterior Suma Asegurada y prima
Términos de Pago de Prima:	Cláusula de pago de prima 30, 60 y 90 días contados a partir del inicio de vigencia de la póliza. El 100% del Iva se debe pagar en la primera cuota.

Nota 1:

Chubb Seguros Colombia es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Colombia está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANC DE COLOMBIA

243R

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Carrera 7 #71-21 Torre B
Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O (+57) 601 319 0300

CHUBB®

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS
14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I
14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCH UBBSEG041

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBEST OS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE .

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISP ONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO**, **DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.

B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.

C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,

D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS Y GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;

IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Ase gurado , e nviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;

- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá e jercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los
hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El pre se nte contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

Tomador y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre mpañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.

- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.

- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de me dicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta pólizaa de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a,

b. Uso no autorizado de una red informática

c. Un virus de Computadora

d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad.**

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la de claración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo.**

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

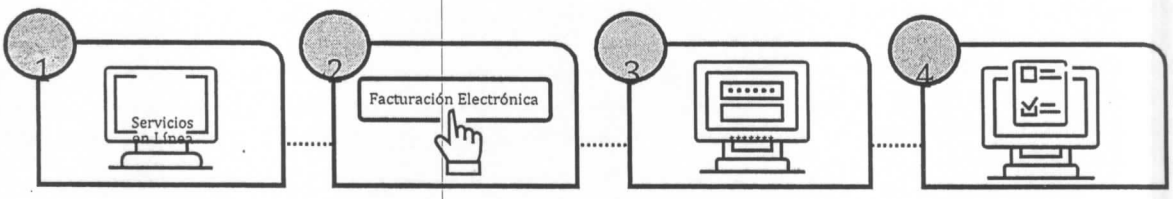
CHUBB®

Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1 — A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**

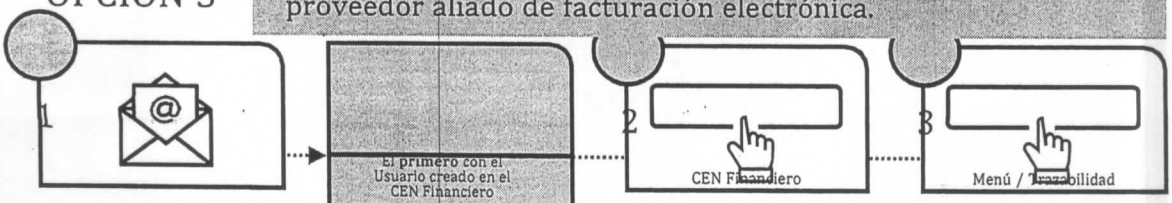


1. Ingresa a www.chubb.com.co y selecciona **Servicios en Línea**
2. Ingresa a **Facturación electrónica**
3. Digita el **No. de referencia de la póliza** (lo encuentras en la carátula de la póliza) **y el NIT del Tomador** (sin puntos y con dígito de verificación)
4. Descarga el **PDF de la factura y el archivo XML**

OPCIÓN 2 — A través de nuestra plataforma **iChubb**

Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3 — A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



1. Recibes 2 correos del dominio **FacturaCTSColombia@cen.biz**
2. El segundo con las instrucciones para crear la contraseña de acceso
3. Ingresa a **https://cenf.cen.biz/site/** y digita tu usuario y contraseña
4. Y en la opción del Menú, **"Trazabilidad - Comprobantes Recibidos"**, encuentras los detalles de la factura electrónica.

Para más información comunícate con tu Director Comercial.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.

NIT 860069265

CERTIFICA

Que UNION DE CIRUJANOS S.A.S cuenta con la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 67761 contratada con CHUBB Seguros Colombia S.A. con una vigencia comprendida entre el 31 de julio de 2024 hasta el 30 de julio de 2025.

Estas pólizas se renuevan por periodos anuales entrando en un proceso de renovación con una anticipación de 120 días de acuerdo con los lineamientos de calidad de Aon Corredores de seguros.

La fecha tentativa de entrega de la póliza renovada es el 30 de julio de 2025.

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

Christian Javier Vanoy Sanchez
Ejecutivo de cuenta.

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

Nro. GS-2025- 006943 **/ RASES 3 – GRUCO – 29.25**

Pereira, 01 MAY 2025

Señora
GLORIA HIOMARA BELTRAN FRANCO
Representante legal **UNION DE CIRUJANOS S.A.S**
Teléfono: 606-3310712
E-mail: notificacionesudc@zentria.com.co
Pereira, Risaralda

Asunto: Notificación Inicio de Prorroga 001 y modificación 001 contrato No **86-7-20218-24**

Cordial saludo, de manera atenta se informa que fueron perfeccionados los trámites de Prorroga 001 y modificación 001 del contrato No **86-7-20218-24** cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".**

CONTRATO N°	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINO	CONTRATISTA	VALOR DEL CONTRATO
86-7-20218-24	01 MAY 2025	Del 29 de noviembre del 2024 hasta el **31 de julio de 2025** o hasta que se agote el presupuesto o lo que primero ocurra.	**UNION DE CIRUJANOS S.A.S NIT. 900.377.863-2**	**CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00)**, distribuidos así: Para la vigencia 2024 la suma de **TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO OCHNTA PESOS M/CTE ($3.235.180).** Para la vigencia 2025 por un valor de **CIENTO VEINTISEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($126.764.460).**

Igualmente se informa a la entidad que el supervisor del contrato es la señora Patrullera **ADRIANA RAMIREZ CORREA**, correo electrónico adriana.ramirez3409@correo.policia.gov.co

Nota: El contratista deberá coordinar con el supervisor del contrato la operacionalización de la radicación de las facturas, y el trámite de acta de liquidación del contrato una vez este haya sido ejecutado en su totalidad.

Atentamente,

Teniente Coronel **GILBERTO GUTIERREZ BOTELLO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3

Elaboró: SI. JOSÉ SAIN HERNANDEZ GUERRERO
RASES Nro.3 Funcionario Grupo Contratos

Revisó: SI YULIETH LISETH MARIN VARGAS
RASES Nro.3 Jefe Grupo Contratos (E)

Revisó: MY. SAIRA YULIETH SEPÚLVEDA FLÓREZ
RASES Nro.3 Jefe Área Administrativa (E)

Fecha de elaboración: 30-04-2025
Ubicación: C:\Users\Disan\Documents\01. Contratos 2025\03. Contratos ENTIDADES

Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 ext.8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

No. GS-2025- 006944 / RASES 3 –GRUCO 29.25

Pereira, 01 MAY 2025

Señora Patrullera
ADRIANA RAMIREZ CORREA
Integrante Unidad Prestadora de Salud Risaralda
Pereira, Risaralda

Asunto: Notificación Inicio de Prorroga 001 y modificación 001 contrato Nro. **86-7-20218-24.**

En cumplimiento de la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, por la cual se reglamenta la actividad de los interventores, supervisores y coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional, me permito informarle que ha sido designado como SUPERVISOR del contrato Nro. **86-7-20218-24**, SISCO **REGI3-2024-319**, entidad **UNION DE CIRUJANOS S.A.S** identificada con **NIT 900377863-2**, que tiene como objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGÍA, AYUDAS DIAGNOSTICAS RELACIONADAS, INCLUYENDO CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.3 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE RISARALDA".**

CONTRATO N°	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINO	CONTRATISTA	VALOR DEL CONTRATO
86-7-20218-24	01 MAY 2025	Del 29 de noviembre del 2024 hasta el **31 de julio de 2025** o hasta que se agote el presupuesto o lo que primero ocurra.	**UNION DE CIRUJANOS S.A.S NIT. 900.377.863-2**	**CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00)**, distribuidos así: Para la vigencia 2024 la suma de **TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO OCHNTA PESOS M/CTE ($3.235.180).** Para la vigencia 2025 por un valor de **CIENTO VEINTISEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($126.764.460).**

Por lo anterior deberá asumir las funciones correspondientes como supervisor, además en la oficina de Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, se encuentra a su disposición todo el proceso contractual. En caso de entrega del cargo que desempeña, deberá hacer entrega de la función de supervisor a la persona que le recibe el cargo, enterándolo de la ejecución del contrato para que pueda continuar con la supervisión del mismo e informar mensualmente y en forma detallada las actividades adelantadas en la ejecución del contrato, de acuerdo a la naturaleza del contrato

De carácter administrativo en coordinación con el jefe administrativo de la Unidad UPRES y/o RASES

✓ Recolectar la documentación producida en la etapa previa al contrato, con el propósito de contar con la mayor información sobre el origen del mismo.
✓ EFECTUAR el acompañamiento del CONTRATISTA, colaborándole en todos aquellos aspectos que dependan de la entidad, sirviéndole de canal de comunicación con las

dependencias, evitando que sus decisiones interfieran injustificadamente en las acciones y actividades.
✓ Exigir al CONTRATISTA la ejecución oportuna e idónea del objeto contratado.
✓ Verificar que existan los permisos y licencias necesarios para la ejecución del contrato.
✓ Llevar control sobre la correspondencia que se produzca con el CONTRATISTA, durante la ejecución del contrato con el fin de que la administración intervenga oportunamente frente a las solicitudes presentadas.
✓ Organizar la documentación que se genere durante la ejecución del contrato, manteniéndola a disposición de los interesados y remitir copia de la misma al grupo de contratos o a la dependencia que haga sus veces.
✓ Programar y coordinar según corresponda reuniones periódicas para analizar el estado de ejecución y avance del contrato o convenio.
✓ Exigir el cumplimiento de las normas de seguridad, higiene, salud ocupacional y ambiental que sean aplicables.
✓ Llevar control sobre la ejecución y cumplimiento cabal de las obligaciones asumidas por razón del contrato o convenio celebrado, informando en forma periódica a la dependencia encargada de contratos, la forma en que las prestaciones originadas en el contrato se vienen cumpliendo.
✓ Expedir las certificaciones que se requieran para efectos de trámites administrativos, sobre la ejecución del contrato o convenio a su cargo.
✓ Requerir por escrito al CONTRATISTA cuando quiera que éste no ejecute, o ejecute indebida o tardíamente las obligaciones surgidas del acuerdo negocial o convencional.
✓ Informar en forma inmediata y por escrito a la dependencia encargada de contratos, cualquier anomalía en la ejecución del contrato indicando la actividad desplegada en materia del control de ejecución del contrato, con el fin de poner a consideración la procedencia de la aplicación de las sanciones previstas en el acuerdo.

De carácter técnico con el apoyo y asesoría de un médico de la Unidad UPRES y/o RASES

✓ Verificar que el CONTRATISTA suministre lo ofrecido, con las condiciones e idoneidad pactadas y exigir su reemplazo cuando se estime necesario.
✓ Estudiar y analizar los requerimientos de carácter técnico que no impliquen modificaciones al contrato. En caso de que se requiera modificaciones estas deberán someterse a consideración del respectivo ordenador, previo concepto del supervisor/interventor.
✓ Controlar el avance del contrato con base en el cronograma previsto y recomendar los ajustes que se considere pertinentes.
✓ Certificar el cumplimiento del contrato en sus diferentes etapas de ejecución.
✓ Exigir que los bienes y/o servicios contratados se ajusten a los requisitos previstos en las normas técnicas obligatorias y a las especificaciones y características consignadas en el respectivo contrato.
✓ Verificar la entrega de los bienes y/o servicios de conformidad con las estipulaciones contractuales, suscribiendo el acta de recibo correspondiente o expidiendo las constancias de prestación del servicio a satisfacción.
✓ Expedir la constancia de correcto funcionamiento de los bienes y/o servicios, cuando el objeto del contrato determine tal obligación.

De carácter financiero: Con el apoyo de uno de los contadores de la Unidad RASES y/o UPRES

✓ Revisar las solicitudes de pago formuladas por el CONTRATISTA y llevar el registro cronológico de los mismos al igual que de las deducciones y ajustes efectuados.

✓ Informar a la dependencia encargada de contratos o la que haga sus veces, la existencia de situaciones que incidan o alteren el equilibrio económico o financiero del contrato, con el fin de que se analice la situación y de ser procedente se adopten los mecanismos para la actualización o revisión de precios.
✓ Verificar que el contrato esté debidamente soportado con los recursos presupuestales requeridos, informando a la dependencia de contratos o a la que haga sus veces, para que se soliciten las disponibilidades presupuestales que se requieran.

De carácter legal: <u>Con el apoyo de uno de los abogados de la Unidad RASES y/o UPRES</u>

✓ Una vez suscrito el contrato, verificar con la dependencia encargada de contratos o la que haga sus veces, la constitución y aprobación de las garantías exigidas y velar durante el tiempo de ejecución del contrato, que las mismas permanezcan vigentes. En el evento de constatar que las garantías requeridas en el respectivo contrato no se han otorgado, exigir su constitución.
✓ Velar por el cumplimiento de las obligaciones laborales que se generen con ocasión del contrato.
✓ Analizar las reclamaciones que presente el CONTRATISTA y formular las recomendaciones a que haya lugar.
✓ Suscribir las actas que se requieran de acuerdo con la naturaleza y objeto del contrato, incluida el acta de iniciación del convenio o contrato, cuando tal trámite haya sido previsto en el acuerdo contractual o convencional, remitiendo copia a la dependencia encargada de contratos o la que haga sus veces.
✓ Preparar con el CONTRATISTA, dentro del plazo señalado en el acuerdo, el acta de liquidación del contrato y proyectar la liquidación unilateral del mismo, cuando las circunstancias así lo exijan. Documentos que deberá remitir a la dependencia de contratos para su revisión, ajustes y trámite que corresponda y en el que indicará, además de las generalidades propias de la liquidación, los pagos efectuados al CONTRATISTA y los saldos a favor de éste o de la entidad.
✓ Rendir los informes que le sean requeridos y los que se hayan previsto en el contrato o convenio.
✓ Abstenerse de impartir órdenes verbales o suscribir documentos que modifiquen o alteren las condiciones pactadas en el contrato, prerrogativa que sólo corresponde al ordenador.
✓ Comunicar a la dependencia encargada de contratos o la que haga sus veces, en forma oportuna cualquier situación que no haya sido posible solucionar en su condición de supervisor / interventor con el CONTRATISTA a fin de que sea considerada y se adopten las medidas que sean del caso.
✓ Para los interventores de los contratos de obra, además de las funciones establecidas en esta resolución y en el respectivo contrato el supervisor/ interventor deberá dar cumplimiento a lo señalado en el Decreto 2090 de 1989 y demás normas que regulen la materia.
✓ Las demás que de acuerdo con la naturaleza del contrato y las disposiciones contractuales y legales le correspondan.

Además, deberá tener en cuenta para dar cumplimiento a sus funciones como supervisor, los artículos 82, 83 y 84 de la ley 1474 de 2011, así como las directrices emitidas por el Jefe de la unidad para llevar a cabo debida forma esta designación. Como encargado de ejercer la supervisión y de acuerdo con lo establecido en el contrato, deberá velar entre otros, porque el CONTRATISTA cumpla con las obligaciones relacionadas con la ejecución del contrato y en especial con la función de certificar el cumplimiento o no del objeto del contractual para el respectivo pago (cuando aplique) y tendrá la obligación de comunicar por escrito oportunamente, cualquier irregularidad que se presente en la ejecución del contrato, al Ordenador del Gasto.

NOTA 1: Se reitera que los informes de seguimiento, deben ser presentados de forma física dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes y durante la ejecución del contrato en el formato establecido en la suite visión empresarial, así mismo se debe realizar su publicación en el SECOP II, módulo de gestión contractual, con el fin de dar cumplimiento al Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015, que establece lo siguiente: "(...)Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato (...)". Para el caso de las órdenes de compra, se deberá coordinar la publicación con el Área de Contratación. Informe que deberá ser publicado en la plataforma SECOP II, con plazo máximo tres (03) días después de emitido el informe de supervisión; así mismo cuando el contrato se ejecute en su totalidad o se termine anticipadamente se debe elaborar informe de supervisión final junto con la EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES en el formato 2BS-FR-0066 y proyectar el acta de liquidación cuando sea el caso, la cual también deberá quedar publicada en la plataforma SECOP II.

NOTA 2: Deberá coordinar con el contratista la operacionalización de la radicación de las facturas, y trámite de acta de liquidación del contrato.

NOTA 3: Deberá informar al ordenador del gasto, cuando el contrato se encuentre en un **50%** y un **70%**, ejecución del contrato, a fin de determinar trámite de adición y/o proceso nuevo y poder garantizar la continuidad en la prestación de los servicios.

Atentamente,

Teniente Coronel **GILBERTO GUTIERREZ BOTELLO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3

Elaboró: SI. JOSÉ SAIN HERNÁNDEZ GUERRERO
RASES Nro.3 Funcionario Grupo Contratos

Revisó: SI YULIETH LISETH MARIN VARGAS
RASES Nro.3 Jefe Grupo Contratos (E)

Revisó: MY. SAIRA YULIETH SEPÚLVEDA FLÓREZ
RASES Nro.3 Jefe Área Administrativa (E)

Fecha de elaboración: 30-04-2025
Ubicación: C:\Users\Disan\Documents\01. Contratos 2025\03. Contratos ENTIDADES

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8302
deris.rase3@policía.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA