SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-02-101008546	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NO. 6-04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 02 / 2025	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLÍNICA ESTATAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE	$ 200,000,000.00		
	Gastos médicos Humanitarios RCE	$ 200,000,000.00		
	Gasto de defensa RCE			$ 50,000,000.00
	BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE			$ 40,000,000.00
	Contratistas y subcontratistas RCE			$ 10,000,000.00
	Parqueaderos RCE			$ 100,000,000.00
	PRODUCTOS RCE			$ 100,000,000.00
	Responsabilidad civil cruzada RCE			$ 100,000,000.00
	Responsabilidad civil patronal RCE			$ 50,000,000.00
	Vehículos propios y no propios RCE			$ 50,000,000.00
				$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********500,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	$ **********95,000.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********595,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CODIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA ERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 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.

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110021172094 81(3900)000000595000(96)20260204

REFERENCIA PAGO: 1100211720948-1

14-02-101008546

FIRMA AUTORIZADA

VIVIANAGUTIERREZ

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-02-101008546	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NO. 6-04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LÍMITES POR EVENTO: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE - $ 200,000,000.00, Gastos médicos Humanitarios RCE - $ 20,000,000.00, Gasto de defensa RCE - $ 40,000,000.00, BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL RCE - $ 10,000,000.00, Contratistas y subcontratistas RCE - $ 100,000,000.00, Parqueaderos RCE - $ 100,000,000.00, PRODUCTOS RCE - $ 100,000,000.00, Responsabilidad civil cruzada RCE - $ 50,000,000.00, Responsabilidad civil patronal RCE - $ 50,000,000.00, Vehículos propios y no propios RCE - $ 100,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

216

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-02-101008546	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NO. 6-04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 02 / 2025	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO	
			COMPAÑIA	% PARTICIPACION
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES CLIENTE	8385	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

P. GUESTADO

PAGINA WEB

PSE · VISA · MasterCard · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Supervisión INTER · Baloto · Movii Red · Bancolombia · éxito

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********500,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********95,000.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********595,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA ERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

RMINACIÓN 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.

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 24.01.2023.1329.P.06.000000.ERCE.003A.D001, ADJUNTA.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100211720948 1(3900)000000595000(96)20260204

REFERENCIA PAGO: 1100211720948-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-02-101008546	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NO. 6-04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS

VIGENCIA: DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 04 DE FEBRERO DE 2025, HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 04 DE FEBRERO DE 2026

ASPECTOS GENERALES DE LA POLIZA

SINIESTRALIDAD ULTIMOS CINCO (5) AÑOS CERO 0

LEGISLACION Y JURIDICCION: COLOMBIA

LIMITE TERRITORIAL: COLOMBIA

ACTIVIDAD DEL CLIENTE / DESCRIPCION DEL RIESGO: SERVICIOS HOSPITALARIOS

NTERES ASEGURADO: QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE MEDIANTE LA PRESENTE POLIZA LA ASEGURADORA AMPARA LOS PERJUICIOS ATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES, QUE CAUSE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA; GENERADOS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ORIGINADA DENTRO O FUERA DE SUS INSTALACIONES, EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PROPIAS A SU OBJETO SOCIAL O EN LO RELACIONADO CON ELLAS, INCLUIDOS LOS ACTOS DE SUS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS EN EL DESARROLLO DE FUNCIONES PROPIAS A TAL CARACTER.

OBJETO: LA ASEGURADORA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE HAYAN ESTABLECIDO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS A BIENES DE TERCEROS Y/O LESIONES O MUERTE A PERSONAS CAUSADOS POR HECHOS ACCIDENTALES, SUBITOS, REPENTINOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES A EL, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO

CLAUSULADO GENERAL APLICABLE
MONEDA: PESOS COLOMBIANOS
LIMITE ASEGURADO
VALOR ASEGURADO, EVENTO Y / AGREGADO ANUAL $ 200.000.000

CONDICIONES ECONOMICAS
PRIMA ANUAL ANTES DE IVA (ANTES DE IMPUESTOS): $500.000
PAGO DE LA PRIMA: 45 DIAS INICIO VIGENCIA

DEDUCIBLES (PARA TODA Y CADA PERDIDA)
AMPARO BASICO PLO : 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 1 SMMLV
GASTOS MEDICOS: SIN DEDUCIBLE
DEMAS EVENTOS: SIN DEDUCIBLE

AMPARO BASICO
LA COMPAÑIA DE SEGUROS SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE HAYAN ESTABLECIDO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS A BIENES DE TERCEROS Y/O LESIONES O MUERTE A PERSONAS CAUSADOS POR HECHOS ACCIDENTALES, SUBITOS, REPENTINOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES A EL, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, PROVENIENTES DE:

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES
DAÑO MORAL:SUBLIMITE 30% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA
ACTIVIDADES DEPORTIVAS, EVENTOS SOCIALES Y CULTURALES DENTRO O FUERA DE LOS PREDIOS.50%
AVISOS, VALLAS Y LETREROS DENTRO Y FUERA DE LOS PREDIOS.50%
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES. ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS POLIZAS DEL CONTRATISTA O SUBCONTRATISTA50%
PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES Y EVENTOS RELACIONADOS CON SU OBJETO SOCIAL. 50%
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES, (INCLUYENDO DAÑO Y/O PERJUICIO PATRIMONIAL O EXTRAPATRIMONIAL). 50%
RESPONSABILIDAD CIVIL PARQUEADEROS, INCLUYENDO DAÑOS Y/O HURTO Y/O HURTO CALIFICADO A VEHICULOS Y SUS ACCESORIOS DE TERCEROS Y FUNCIONARIOS EN PREDIOS DEL ASEGURADO.50%
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO FRENTE A FAMILIARES DE LOS TRABAJADORES. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO Y ACORDADO QUE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTENDERAN COMO TERCEROS LOS FAMILIARES DEL PERSONAL DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LOS MISMOS NO TENGAN RELACION CONTRACTUAL CON LA ENTIDAD. DE IGUAL FORMA PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, SE CONSIDERARAN TERCEROS. 50%
RESPONSABILIDAD CIVIL POR EL USO DE ESCOLTAS, PERSONAL DE VIGILANCIA Y USO DE PERROS GUARDIANES. (NOTA: EN CASO DE FIRMAS EXTERNAS, ESTA COBERTURA OPERARA EN EXCESO DE LA POLIZA EXIGIDA PARA LA EMPRESA DE VIGILANCIA). 50%
RESPONSABILIDAD CIVIL POR EL USO Y/O POSESION DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS, EN EXCESO DEL LIMITE CONTRATADO EN LA POLIZA DE AUTOMOVILES, INCLUIDOS LOS VEHICULOS DE LOS FUNCIONARIOS EN DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL ASEGURADO. 50%
RESTAURANTES, CASINOS , CAMPOS DEPORTIVOS Y CAFETERIAS.50%
SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A TERCEROS POR EL ASEGURADO, O POR CONTRATISTAS, O POR SUBCONTRATISTAS. 50%

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NIT. 860.009.578-6

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-02-101008546	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NO. 6-04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

USO DE ARMAS DE FUEGO Y ERRORES DE PUNTERIA POR PARTE DE VIGILANTES, FUNCIONARIOS, CELADORES Y FIRMAS ESPECIALIZADAS. NOTA: EN CASO DE FIRMAS EXTERNAS, ESTA COBERTURA OPERARA EN EXCESO DE LA POLIZA EXIGIDA PARA LA EMPRESA DE VIGILANCIA.50%
USO DE ASCENSORES, ELEVADORES, ESCALERAS AUTOMATICAS, MONTACARGAS, GRUAS, PUENTES GRUAS, EQUIPOS DE TRABAJO Y DE TRANSPORTE DENTRO O FUERA DE LOS PREDIOS50%
USO DE MAQUINARIA Y EQUIPOS DE TRABAJO DENTRO Y FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO
GASTOS MEDICOS, HOSPITALARIOS Y TRASLADO DE VICTIMAS INCLUYENDO PERSONAL DEL ASEGURADO. LA COMPAÑIA CUBRE, CON SUJECION A LAS CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LOS GASTOS RAZONABLES QUE SE CAUSEN POR CONCEPTO DE PRIMEROS AUXILIOS INMEDIATOS, SERVICIOS MEDICOS, QUIRURGICOS, DE AMBULANCIA, DE HOSPITAL, DE ENFERMEDADES Y DROGAS, COMO CONSECUENCIA DE LESIONES CORPORALES PRODUCIDAS A TERCEROS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAMENTE AMPARADAS BAJO LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA. EL AMPARO QUE MEDIANTE ESTA SECCION SE OTORGA ES INDEPENDIENTE DEL DE RESPONSABILIDAD Y POR CONSIGUIENTE, LOS PAGOS QUE POR DICHO CONCEPTO SE REALIZAN, EN NINGUN CASO PUEDEN SER INTERPRETADOS COMO ACEPTACION TACITA DE RESPONSABILIDAD. SUBLIMITE $1,000,000 POR PERSONA $20.000.000. EVENTO Y $ 50.000.000 VIGENCIA
PAGOS SUPLEMENTARIOS (PRESENTACION DE CAUCIONES, CONDENA EN COSTAS E INTERESES DE MORA ACUMULADOS A CARGO DEL ASEGURADO, DEMAS GASTOS RAZONABLES).SUBLIMITE $20.000.000 EVENTO/ $50.000.000 VIGENCIA
HONORARIOS DE ABOGADO Y GASTOS DE DEFENSASUBLIMITE 20% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA
PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOSSUBLIMITE 50% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA (ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DEL VALOR INDEMNIZADO POR LAS POLIZAS DE LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS).SUBLIMITE 25% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA
PROPIETARIOS, ARRENDATARIOS Y POSEEDORESSUBLIMITE 40% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONALSUBLIMITE 25% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A BIENES DE EMPLEADOS Y VISITANTES, EXCLUYENDO DINEROS Y JOYAS. PARA QUE LA COBERTURA OPERE SE REQUIERE DEMOSTRAR EL INGRESO DEL BIEN AL INMUEBLE A TRAVES DEL REGISTRO EN PORTERIA O MEDIANTE CUALQUIER OTRO MEDIO IDONEO.SUBLIMITE 25% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO/VIGENCIA

CLAUSULAS OBLIGATORIAS

AMPLIACION DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO: POR MEDIO DE LA PRESENTE CLAUSULA Y NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, EL ASEGURADO PODRA DAR AVISO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN UN TERMINO DE 60 DIAS, SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA OCURRENCIA DEL MISMO. (NOTA: EL NUMERO DE DIAS CORRESPONDE AL REQUERIDO POR LA ENTIDAD POR LO CUAL PODRA SER AUMENTADO PERO NO DISMINUIDO SO PENA DE RECHAZO DE LA PROPUESTA)

ANTICIPO DE INDEMNIZACION 50%:QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO AMPARADO BAJO LA PRESENTE POLIZA Y DEMOSTRADA SU OCURRENCIA, LA COMPAÑIA CONVIENE EN ANTICIPAR EL 50% DEL VALOR ESTIMADO DE LA PERDIDA MIENTRAS EL ASEGURADO CUMPLE CON LA OBLIGACION LEGAL PARA TAL FIN. EL ASEGURADO DEBERA HACER EL REQUERIMIENTO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA DIRIGIDA A LA COMPAÑIA. (NOTA: EL PORCENTAJE SEÑALADO CORRESPONDE AL REQUERIDO POR LA ENTIDAD POR LO CUAL PODRA SER AUMENTADO PERO NO DISMINUIDO, SO PENA DE RECHAZO DE LA PROPUESTA)

ARBITRAMENTO O CLAUSULA COMPROMISORIA:EL ASEGURADO Y LA COMPAÑIA CONVIENEN EN SOMETER A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN CON MOTIVO DE LA APLICACION DE LAS CLAUSULAS Y CONDICIONES DE ESTA POLIZA Y A NO INTENTAR DEMANDA O ACCION ALGUNA DE OTRA NATURALEZA. EL TRIBUNAL TENDRA COMO SEDE LA CIUDAD DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO Y FALLARA EN DERECHO. LOS ARBITROS SERAN NOMBRADOS SIGUIENDO EL PROCEDIMIENTO QUE PARA TAL FIN LA LEY 1563 DE 2012 O EN LA NORMA QUE LO REEMPLACE, HAYA ESTIPULADO.
EN CUALQUIER CASO Y MOMENTO, A ELECCION DEL ASEGURADO, LA PRESENTE CLAUSULA QUEDARA SIN EFECTO Y NO PODRA SER EXCEPCIONADA POR LA ASEGURADORA, ESPECIALMENTE EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO EFECTUE EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 57 DEL C.P.C.

BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA, CONTROL Y CUSTODIA: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE LA COMPAÑIA DE SEGUROS INDEMNIZARA LOS DAÑOS OCASIONADOS POR CUALQUIER SINIESTRO AMPARADO BAJO LA PRESENTE POLIZA, QUE AFECTE BIENES QUE SIN SER DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO, ESTEN BAJO LA RESPONSABILIDAD, CUIDADO, TENENCIA, CONTROL O CUSTODIA DEL MISMO. EN DICHO EVENTO Y POSTERIOR A LA PERDIDA, LA PRIMA SE LIQUIDARA CON BASE EN LAS TASAS CONTRATADAS. SUBLIMITE $10.000.000 EVENTO/VIGENCIA.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO: LA COMPAÑIA DECLARA EL CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS ASEGURADOS Y POR LO TANTO DEJA CONSTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, CIRCUNSTANCIAS Y EN GENERAL CONDICIONES DE LOS MISMOS, SIN PERJUICIO DE LA OBLIGACION QUE TIENE A SU CARGO EL ASEGURADO DE AVISAR CUALQUIER MODIFICACION O ALTERACION EN EL ESTADO DEL RIESGO ATENDIENDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LOS ARTICULOS 1058 Y 1061 DEL CODIGO DEL COMERCIO. LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR VISITAS PARA INSPECCIONAR LOS RIESGOS ASEGURADOS CUANTAS VECES LO JUZGUE PERTINENTE.

DESIGNACION DE AJUSTADORES: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN EL EVENTO DE UN SINIESTRO QUE AFECTE LA POLIZA Y SI LA COMPAÑIA DECIDE HACER NOMBRAMIENTO DE AJUSTADORES, EL ASEGURADO SE RESERVARA EL DERECHO DE ACEPTAR O SOLICITAR EL CAMBIO DE LOS MISMOS EN CASO DE QUE NO FUEREN DE SU ENTERA SATISFACCION, SIN QUE PARA ELLO SE REQUIERA MOTIVACION ALGUNA.

DESIGNACION DE BIENES: LOS OFERENTES DEBEN ACEPTAR EL TITULO , NOMBRE, DENOMINACION O NOMENCLATURA CON QUE EL ASEGURADO IDENTIFICA O DESCRIBE LOS BIENES ASEGURADOS EN SUS REGISTRO O LIBROS DE COMERCIO O CONTABILIDAD.
INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL: NO OBSTANTE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, QUEDA DECLARADO Y CONVENIDO QUE EN CASO DE CUALQUIER EVENTO CUBIERTO POR LA PRESENTE POLIZA, EL PAGO SE REALIZARA CON LA DECLARACION O MANIFESTACION DE CULPABILIDAD DEL ASEGURADO POR ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO SU RESPONSABILIDAD SEA EVIDENTE.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES DE LA POLIZA QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO A FAVOR DEL ASEGURADO, SIN QUE IMPLIQUEN UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS A LA POLIZA.





SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-02-101008546	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NO. 6-04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS Y PAGOS SUPLEMENTARIOS: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN CASO DE SINIESTRO AMPARADO POR ESTE SEGURO, QUE AFECTE LAS COBERTURAS DE GASTOS MEDICOS Y PAGOS SUPLEMENTARIOS, LA COMPAÑIA INDEMNIZARA LA PERDIDA, SIN APLICAR NINGUN TIPO DE DEDUCIBLE SOBRE EL VALOR DE LA MISMA.

PAGO DE LA INDEMNIZACION: EL ASEGURADO SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR A LA COMPAÑIA DE SEGUROS EL PAGO DE LA INDEMNIZACION MEDIANTE LA REPARACION Y/O REPOSICION DEL BIEN O BIENES AFECTADOS Y/O MEDIANTE EL GIRO DE DINERO A LOS CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES DE BIENES O SERVICIOS CON LOS CUALES EL ASEGURADO DECIDA REEMPLAZARLOS. LA COMPAÑIA A PETICION ESCRITA DE LA ENTIDAD ASEGURADA, EFECTUARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACION HASTA EL MONTO DE SU RESPONSABILIDAD.

PAGO DEL SINIESTRO SIN NECESIDAD DE FALLO FISCAL O PENAL: QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO, QUE LA ASEGURADORA INDEMNIZARA LAS PERDIDAS OBJETO DE LA RESPECTIVA COBERTURA, SIN REQUERIR FALLO FISCAL O PENAL.

REVOCACION DE LA POLIZA Y/O NO RENOVACION Y/O NO PRORROGA: EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO PODRA SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR EL ASEGURADO EN CUALQUIER MOMENTO DE SU EJECUCION. LA COMPAÑIA POR SU PARTE PODRA REVOCARLO DANDO AVISO POR ESCRITO CON 45 DIAS DE ANTICIPACION, Y EN MENOR TIEMPO EN EL EVENTO CONTEMPLADO EN EL ARTICULO 22 DE LA LEY 35 DE 1993. EN CASO DE REVOCACION POR PARTE DE LA ASEGURADORA, ESTA DEVOLVERA AL ASEGURADO LA PARTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA QUE COMIENZA A SURTIR EFECTO LA REVOCACION Y LA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO. EN CASO DE QUE SEA REVOCADO POR EL ASEGURADO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCION, SE CALCULARA TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO. DE IGUAL MANERA, LA COMPAÑIA SE OBLIGA A AVISAR SU DECISION DE NO RENOVAR O PRORROGAR ESTE CONTRATO DE SEGUROS CON 45 DIAS DE ANTICIPACION, MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA DIRIGIDA AL ASEGURADO. (NOTA: EL NUMERO DE DIAS CORRESPONDE AL REQUERIDO POR LA ENTIDAD POR LO CUAL PODRA SER AUMENTADO PERO NO DISMINUIDO O PENA DE RECHAZO DE LA PROPUESTA)

SOLUCION DE CONFLICTOS: LOS CONFLICTOS QUE SE PRESENTEN DURANTE LA EJECUCION DEL OBJETO CONTRACTUAL, SE SOLUCIONARAN PREFERIBLEMENTE MEDIANTE LOS MECANISMOS DE ARREGLO DIRECTO Y CONCILIACION

NO APLICAN EXCLUSIONES

CLAUSULADO
FORMA - 26/11/2016 - 1329 - P - 06 - ERCE003A





SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 02 / 2025	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES	8385	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH	$ 300,000,000.00		$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: ERRORES U OMISIONES CYH - $ 300,000,000.00, GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *********5,434,131.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,032,484.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********6,466,615.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA ERA A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 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: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11002117209512(3900)000006466615(96)20260204

REFERENCIA PAGO: 1100211720951-2

14-03-101008385

FIRMA AUTORIZADA

VIVIANAGUTIERREZ

CLIENTE

TOMADOR





SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 02 / 2025	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026	04 / 02 / 2025	04 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
LINSEGUROS NIÑO Y CIA LTDA ASESORES CLIENTE	8385	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



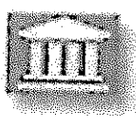


CORRESPONSALES BANCARIOS



Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ *********5,434,131.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,032,484.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********6,466,615.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 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.

CRA. 7 NO. 57 -67, TELEFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	



(415)7709998021167(8020)1100211720951 2(3900)0000064666 15(96)20260204

REFERENCIA PAGO: 1100211720951-2

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, NIT 860.035.447-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES

1. OBJETO DEL SEGURO:
AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, Y ANTE TAL SUPUESTO 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.

LO ANTERIOR, A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, POR ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
NOTA: EL PROPONENTE CON LA PRESENTACION DE LA OFERTA Y LA FIRMA DEL ANEXO NO.1 LA ACEPTACION DE LAS CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS, ACEPTA EL OFRECIMIENTO DE LAS CONDICIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y DECLARA QUE ESTAS PREVALECERAN SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DEL EJEMPLAR DE LA POLIZA, SUS ANEXOS O CUALQUIER TEXTO CONTENIDO EN LA PROPUESTA.

NIVEL DE ATENCION: NIVEL I
CAMAS / SILLAS: 8
AMBULANCIAS: 4

2. INFORMACION GENERAL:

RELACION DE EQUIPO MEDICO A ASEGURAR:
GINECOBSTETRICIA 1
ORTOPEDIA 1
PEDIATRIA 2
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA 2
AUXILIAR DE ENFERMERIA 7
BACTERIOLOGIA 3
ODONTOLOGIA 4
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 1

DEMAS MIEMBROS DEL CUERPO MEDICO AMPARADOS, DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO CON AMPARO AUTOMATICO DESDE SU VINCULACION Y HASTA 30 DIAS DE PLAZO PARA AVISAR A LA COMPAÑIA. CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

NOTA: LA ENTIDAD TOMADORA INFORMARA A LA ASEGURADORA CUALQUIER CAMBIO DERIVADO DE LA AMPLIACION DE COBERTURA A NUEVOS CARGOS O DE ELIMINACION DE CARGOS, QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO CONTRATADO LAS MODIFICACIONES EN TAL SENTIDO, CONSTARAN EN CERTIFICADO O ANEXO Y DARAN LUGAR AL PAGO O DEVOLUCION DE PRIMA SEGUN CORRESPONDA.

3. AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

4. LEY Y JURISDICCION: COLOMBIANA

5. COBERTURAS BASICAS:
ERRORES Y OMISIONES CON OCASION DE LAS RESPONSABILIDAD CIVL DE CLINICAS Y HOSPITALES.
MITE PRINCIPAL : PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES, LIMITE ASEGURADO, $300.000.000 EVENTO / AGREGADO VIGENCIA, INCLUYENDO LOS GASTOS E DEFENSA.

AMPARA LOS PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES CAUSADOS A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA Y CENTRO DE SALUD DE GUASCA, COMO CONSECUENCIA DE LAS DECISIONES DE GESTIONES INCORRECTAS PERO NO DOLOSAS, ADOPTADAS Y/O EJECUTADAS O INEJECUTADAS POR LOS SERVIDORES PUBLICOS Y/O FUNCIONARIOS CON REGIMENES DE RESPONSABILIDAD SIMILARES A LOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS, CUYOS CARGOS ESTEN AMPARADOS EN LA POLIZA.

GASTOS DE DEFENSA, SUBLIMITE DE $60.000.000 AGREGADO/ VIGENCIA, EL CUAL SE ENCUENTRA COMPRENDIDO DENTRO DEL LIMITE DE PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES EVENTO 15,000,000 VIGENCIA 60,000,000

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 PREVISTO EN LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, 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.
EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA





SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL 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, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LA SECCION II DE ESTE CONDICIONADO.
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE EN FORMA COMPLETA Y OPORTUNA LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE O COMERCIALIZADOR
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, VACUNAS Y MATERIALES MEDICOS USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), 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.

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, SOLO TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

COBERTURA PARA CULPA GRAVE.
NO OBSTANTE LO QUE SE DIGA EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA, QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE SE AMPARAN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CONTRA LAS PERSONAS ASEGURADAS, AUN CUANDO EL ACTO INCORRECTO GENERADOR DE RESPONSABILIDAD CIVIL, SE DEBA A UNA CULPA GRAVE, NEGLIGENCIA O FALTA DE DILIGENCIA GRAVE DEL ASEGURADO; SIEMPRE Y CUANDO EL ACTO NO CUENTE CON CALIFICACION DOLOSA.

RESPONSABILIDAD CIVIL POR EL USO Y/O POSESION DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS, EN EXCESO DEL LIMITE CONTRATADO EN LA POLIZA DE AUTOMOVILES. LIMITE DE 100,000,000
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL LIMITE DE 100,000,000

MODIFICACION EN LAS LEYES EXISTENTES O INTRODUCCION DE NUEVA LEGISLACION.

LA PRESENTE POLIZA OTORGARA COBERTURA A LOS ASEGURADOS, FRENTE A LA MODIFICACION EN LAS LEYES EXISTENTES O LA INTRODUCCION DE NUEVA LEGISLACION EN MATERIA PENAL, DISCIPLINARIA O FISCAL, SUJETO A QUE LAS INVESTIGACIONES O PROCESOS QUE SEAN INICIADOS EN VIRTUD DE DICHAS MODIFICACIONES LEGISLATIVAS, TENGAN COMO FINALIDAD IMPUTAR RESPONSABILIDAD A LOS ASEGURADOS, POR ACCIONES U OMISIONES NO DOLOSAS COMETIDAS EN CALIDAD DE SERVIDORES PUBLICOS, CON OCASION DE LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO ASEGURADO.

6. EXCLUSIONES
NO SE APLICAN LAS EXCLUSIONES PARA ESTE SEGURO, SI NO LAS QUE SE INDIQUEN EN EL CONDICIONADO DE LA ASEGUADORA QUE OBTENGA LA DESINGACION DEL CONTRATO.

7. CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES BASICAS OBLIGATORIAS

DEFINICION DE EVENTO:
SE ENTIENDE POR EVENTO TODA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DERIVAR EN UNA O VARIAS RECLAMACIONES O PROCESOS, AUN CUANDO SEAN ADELANTADOS POR AUTORIDADES DISTINTAS, SIEMPRE QUE PROVENGAN DE UNA MISMA CAUSA Y AUN CUANDO ESTEN INVOLUCRADOS VARIOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS.
PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA BAJO LA POLIZA, DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DE COBERTURA AQUI DEFINIDA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE TODAS LAS INVESTIGACIONES Y PROCESOS QUE SURJAN CON POSTERIORIDAD A DICHA NOTIFICACION EFECTUADA POR PRIMERA VEZ, DEBERAN SER ATENDIDAS POR LA MISMA POLIZA QUE CONOCIO DE AQUELLA PRIMERA RECLAMACION DEBIDAMENTE NOTIFICADA DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA .

AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS FUNCIONARIOS

QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE DIGA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, EL PRESENTE ANEXO SE EXTIENDE A CUBRIR AUTOMATICAMENTE TODO NUEVO FUNCIONARIO VINCULADO EN CUALQUIERA DE LOS CARGOS AMPARADOS, SIN QUE SE REQUIERA AVISO ESCRITO. TREINTA (30) DIAS DE AVISO

AMPARO A LA RESPONSABILIDAD DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS QUE SE TRANSMITA POR MUERTE, INCAPACIDAD, INHABILITACION O INSOLVENCIA

APLICACIÓN DE DISPOSICIONES DEL CODIGO DE COMERCIO.

LAS REGLAS APLICABLES A LOS SEGUROS EN GENERAL Y LOS PRINCIPIOS, NORMAS Y REGLAS APLICABLES A LOS SEGUROS DE DAÑOS Y RESPONSABILIDAD CIVIL SERAN APLICABLES, SALVO DISPOSICION EN CONTRARIO, AL SEGURO OBJETO DE ESTA CONTRATACION.

VIVIANAGUTIERREZ





SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

REVOCACION UNILATERAL, CON TERMINO DE SESENTA (60) DIAS.

LA ASEGURADORA PODRA REVOCAR UNILATERALMENTE ESTE SEGURO, SUS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES, CLAUSULAS, ANEXOS Y/O CUALQUIER OTRA CONDICION CONTENIDA EN LA MISMA, UNICAMENTE MEDIANTE NOTICIA ESCRITA A LA ENTIDAD TOMADORA, EXPRESADA CON UNA ANTELACION NO INFERIOR AL TERMINO OFRECIDO POR LA ASEGURADORA EN EL PRESENTE PROCESO.

ASI MISMO, EN EL CASO DE QUE LA ASEGURADORA DECIDA NO OTORGAR RENOVACION O PRORROGA DEL CONTRATO DE SEGURO, DEBERA DAR AVISO DE ELLO A LA ENTIDAD TOMADORA, CON LA MISMA ANTELACION.

AMPLIACION AVISO DE SINIESTRO, CON TERMINO DE NOVENTA (90) DIAS.

SE EXTIENDE EL TERMINO DE AVISO DE LA NOTIFICACION DEL SINIESTRO POR PARTE DEL ASEGURADO, POR EL PLAZO OTORGADO POR LA ASEGURADORA EN EL PRESENTE PROCESO Y QUE APLICA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA HAYA CONOCIDO.

LIBRE ESCOGENCIA DE ABOGADO PARA LA DEFENSA.

MEDIANTE ESTA CONDICION, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA SELECCION DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE LA DEFENSA CORRESPONDERA A LA ENTIDAD TOMADORA, LOS FUNCIONARIOS QUE ESTA DESIGNE O LOS ASEGURADOS; QUIENES PARA SU APROBACION PRESENTARAN A LA COMPAÑIA LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE, ES DECIR, UNA COTIZACIN, INCLUIDOS LOS IMPUESTOS Y GRAVAMENES, YA SEAN FISCALES, TRIBUTARIOS U OTROS LEGALMENTE ESTABLECIDOS, Y QUE POR TAL MOTIVO FORMEN PARTE DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE GASTOS DE DEFENSA.

LA COMPAÑIA PODRA, PREVIA SOLICITUD Y DE COMUN ACUERDO CON LA ENTIDAD TOMADORA, PODRA ASUMIR LA DEFENSA DE CUALQUIER LITIGIO O PROCEDIMIENTO LEGAL A NOMBRE DEL ASEGURADO, A TRAVES DE ABOGADOS ELEGIDOS POR LA ASEGURADORA.
PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE LA ASEGURADORA PAGARA LOS HONORARIOS DIRECTAMENTE AL ABOGADO DESIGNADO PARA EL CASO O MEDIANTE REEMBOLSO, A ELECCION DEL ASEGURADO. AS MISMO QUEDA ACORDADO QUE LA ASEGURADORA OTORGA LA FOSIBILIDAD DE EFECTUAR DIRECTAMENTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACION A LAS PERSONAS QUE DESIGNE EL ASEGURADO, EN NOMBRE DE STE. EN TODO CASO SE REQUERIRA PREVIA Y EXPRESA SOLICITUD DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE QUIEN ESTE FACULTADO PARA ELLO. PARA PROCESOS PENALES OPERARAN SIEMPRE POR REEMBOLSO.
ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA.

MEDIANTE ESTA CONDICION, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA ASEGURADORA SE PRONUNCIARA SOBRE LA COTIZACION DE HONORARIOS DEL ABOGADO, GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA (INCLUIDOS LOS IMPUESTOS, GRAVAMENES U OTROS LEGALMENTE ESTABLECIDOS); EN LA BREVEDAD POSIBLE Y MAXIMO DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS HABILES SIGUIENTES AL RECIBO DE LA DOCUMENTACION QUE ACREDITE LOS MISMOS. EN CASO CONTRARIO SE ENTENDERAN ACEPTADOS LOS HONORARIOS DE ABOGADO, DE CONFORMIDAD CON LA(S) COTIZACION(ES) PRESENTADA(S) POR LA ENTIDAD ASEGURADA O LOS FUNCIONARIOS QUE ESTA DESIGNE O LOS ASEGURADOS.

NO APLICACION DE TARIFA DE COLEGIOS DE ABOGADOS U OTRO CRITERIO SIMILAR, PARA LIMITAR Y/O ACEPTAR LA PROPUESTA DE LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, PRESENTADA POR LA ENTIDAD TOMADORA, LOS FUNCIONARIOS QUE ESTA DESIGNE O LOS ASEGURADOS, NO SUPEREN LOS LIMITES ASEGURADOS OTORGADOS

ANTICIPO DE GASTOS DE DEFENSA, SUBLIMITE DEL 50%.

MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO Y ACEPTADO, QUE EN CASO DE SINIESTRO LA ASEGURADORA ANTICIPARA PAGO DEL 50% DEL VALOR DE LOS GASTOS DE DEFENSA, EXCEPTO PARA LOS PROCESOS PENALES QUE OPERARAN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO; CON BASE EN LA COTIZACION DE HONORARIOS PROFESIONALES PRESENTADAS A LA COMPAÑIA ASEGURADORA POR LA ENTIDAD TOMADORA O LOS FUNCIONARIOS DESIGNADOS POR ESTA O LOS ASEGURADOS Y APROBADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA DE ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA.

PARA TAL EFECTO, LA COMPAÑIA ASEGURADORA IGUALMENTE SE COMPROMETE AL PAGO DEL ANTICIPO, DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA CONCLUSION DEL TERMINO PREVISTO EN LA CLAUSULA DE ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA.

ASI MISMO SE ACUERDA QUE EL PAGO DEL SALDO DEL 50%, LO EFECTUARA LA ASEGURADORA CON LA PRESENTACION DEL FALLO DEFINITIVO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, ACOMPAÑADO DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS POR PARTE DE ASEGURADO EN EL PROCESO Y LA AUTORIZACION DEL FUNCIONARIO ASEGORADO.

DE TODAS FORMAS SE PRECISA, QUE EL PAGO POR REEMBOLSO RESPECTO DE LOS GASTOS EN PROCESOS PENALES, APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE DEFINA EN LA INSTANCIA PROCESAL CORRESPONDIENTE, QUE EL IMPUTADO NO OBRO DOLOSAMENTE. LOS GASTOS FRENTE A PROCESOS PENALES INICIADOS POR DELITOS CALIFICADOS CULPOSOS SE PAGAN POR REEMBOLSO. IGUALMENTE QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA ASEGURADORA PARA EL PAGO DE LOS GASTOS DE DEFENSA NO EXIGIRA FIRMA O TRAMITE DE PAGARE CARTA DE INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DE PAGARE O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O GARANTIA, EXCEPTO EN LOS CASOS DE PROCESOS PENALES QUE SON OBJETO DE REEMBOLSO MIENTRAS SE DEFINE EN LA INSTANCIA PROCESAL CORRESPONDIENTE QUE EL IMPUTADO NO OBRO DOLOSAMENTE.

DESIGNACION DE AJUSTADORES.

LA COMPAÑIA ACEPTA QUE EN CASO DE DESIGNACION DE AJUSTADOR, LA MISMA DEBERA EFECTUARSE DE COMUN ACUERDO ENTRE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

LA ASEGURADORA PRESENTARA PARA CADA RECLAMO UNA TERNA DE AJUSTADORES Y EL ASEGURADO ELEGIRA DE LA MISMA, EL AJUSTADOR QUE CONSIDERE CONVENIENTE.

ERRORES Y OMISIONES.





SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101008385	0

TOMADOR	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CL 6 NRO. 6 - 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8577376
ASEGURADO	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA			NIT	860.035.447-1
DIRECCION	CALLE 6 N 6 04	CIUDAD	GUATAVITA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2577120
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EL ASEGURADO ESTA OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO. LA INEXACTITUD CON RESPECTO DE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR LA COMPAÑIA LA HUBIEREN RETRAIDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS, PRODUCE LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO. SIN EMBARGO, SI EL TOMADOR INCURRIESE EN ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES IMPUTABLES A EL Y AL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERA NULO NI HABRA LUGAR A LA APLICACION DEL INCISO TERCERO DEL ARTICULO 1058 DEL CODIGO DE COMERCIO SOBRE REDUCCION PORCENTUAL DE LA PRESTACION ASEGURADA. EN ESTE CASO, SE LIQUIDARA LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO

NO CONCURRENCIA DE AMPAROS, CLAUSULAS O CONDICIONES.
QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO, QUE SI DOS O MAS AMPAROS, CLAUSULAS O CONDICIONES OTORGAN COBERTURA A UN MISMO EVENTO, SE INDEMNIZARA CON BASE EN AQUELLA QUE OFREZCA MAYOR PROTECCION PARA LOS INTERESES DEL ASEGURADO. DE IGUAL MANERA PREVALECERAN LOS AMPAROS, CLAUSULAS O CONDICIONES QUE OTORGUEN COBERTURAS SOBRE AQUELLOS QUE LAS EXCLUYAN.

EN TODO CASO Y ANTE CUALQUIER DISCREPANCIA SOBRE CUAL ES EL AMPARO, CLAUSULA O CONDICION APLICABLE A UN CASO DETERMINADO, SE APLICARA AQUELLA O AQUELLAS QUE EN CONJUNTO DETERMINE EL ASEGURADO DE ACUERDO A SU CONVENIENCIA.

NO SUBROGACION.
QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE EN CASO DE UN SINIESTRO, QUE AFECTA LA PRESENTE POLIZA, LA COMPAÑIA DE SEGUROS RENUNCIA AL DERECHO DE SUBROGACION EN FAVOR DE FUNCIONARIOS, EMPLEADOS DE LA ENTIDAD O EMPLEADOS TEMPORALES O PERSONAS QUE REALICEN ASESORIAS O TRABAJOS INTELECTUALES A LA ENTIDAD POR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SIEMPRE QUE ESTEN COMO ASEGURADOS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD. LA CLAUSULA QUEDARA SIN EFECTO, SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O CULPA GRAVE.

CLAUSULA DE JURISDICCION Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS.

TODA Y CUALQUIER DIFERENCIA QUE SURJA ENTRE LAS PARTES POR LA INTERPRETACION DEL PRESENTE CONTRATO, SU EJECUCION, CUMPLIMIENTO, TERMINACION O LAS CONSECUENCIAS FUTURAS DEL MISMO, SERA DIRIMIDA BAJO LA JURISDICCION Y LEGISLACION DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. LAS DIFERENCIAS Y CONTROVERSIAS QUE SURJAN SE SOLUCIONARAN CON SUJECION A LAS INSTANCIAS QUE DETERMINE LA ENTIDAD ASEGURADA Y/O TOMADORA.

CLAUSULA DE APLICACION DE CONDICIONES PARTICULARES.

QUEDA ESPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA COMPAÑIA ACEPTA LAS CONIDICIONES BASICAS TECNICAS ESTABLECIDAS EN ESTE ANEXO, EN LOS TERMINOS SEÑALADOS EN LE MISMO. POR LO TANTO, EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTE LOS OFRECIMIENTOS CONTENIDOS EN LA PROPUESTA TECNICA BASICA, FRENTE A LOS TEXTOS DE LOS EJEMPLARES DE LAS POLIZAS, CERTIFICADOS, ANEXOS O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, PREVALECERA LA INFORMACION Y CONDICIONES BASICAS TECNICAS ESTABLECIDAS.

11. DEDUCIBLES
15% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 5 SMMLV

CLAUSULADO
FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI