UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

EL SUSCRITO JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE ORDEN INTERNA NRO. 151 DEL 08 DE JULIO DE 2025 Y LA RESOLUCIÓN 00364 DEL 12/02/2025 QUE MODIFICÓ LA RESOLUCIÓN 00011 DEL 02/01/2025 Y EN DESARROLLO A LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: 86-5-20107-25

CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO NIT: 800.134.339-9

OBJETO: ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO".***

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00) para la vigencia 2025.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA. NIT 860.524.654-6
RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MEDICOS: 300-88-994000000034 expedida el 07/01/2025.

AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
		DESDE	HASTA
Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales	$ 400.000.000,00	31/12/2024	31/12/2025

Se aprueba 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 06 AUG 2025

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

Elaboró: SI Jesús David Jiménez Chica
Funcionario Grupo de Contratos

Revisó: CPS Nelson Raúl Figueroa Peñaloza
Asesor Jurídico Grupo Contratos

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS M

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3003904350

PÓLIZA No: 300 -88 - 994000000034 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGE: 300 RAMO: 88 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
07	01	2025	31	12	2024	23:59	31	12	2025	23:59	365	09	01	2025

VIGENCIA DESDE A LAS — VIGENCIA HASTA A LAS

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
31	12	2024	23:59	31	12	2025	23:59	365

VIGENCIA DESDE A LAS — VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

DIRECCIÓN: CARRERA 7 N 6-60 CIUDAD: SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 6067593405

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

DIRECCIÓN: CARRERA 7 N 6-60 CIUDAD: SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 6067593405

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: QUINDÍO CIUDAD: SALENTO

DIRECCION: CARRERA 7 No. 6-60

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 7 No. 6-60 SALENTO

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: NO HAY

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 31 del mes de Diciembre del año 2024 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***400,000,000.00	$ *******20,000,000	$*********0.00	$ ****3,800,000	$ *******23,800,000

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
DPG SEGUROS SOCIEDAD LIMITADA	7965	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000300390435

FIRMA TOMADOR

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

CDD8207B060FF87D5A CLIENTE INRAMIREZ 0

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000034** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

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

TEXTO ITEM 1

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

CONDICIONES GENERALES: Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170
CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE 01/01/2025 en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.
No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:
• Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.
• Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:
o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
o Suministro de medicamentos.
o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.
• Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.
Sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:
o Por Proceso: COP $ 5.000.000.
o Por Evento: COP $ 10.000.000.
• Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP $5.000.000 por evento / COP $10.000.000 vigencia.
• Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:
Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.
• Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente

Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
• Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:
a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos incluyendo la realización de los servicios

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000034 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

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

TEXTO ITEM 1

corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.
• Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
• Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
• Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
• Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
• Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
• Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
• No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.
• Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía

Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
• Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
• Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
• Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
• Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.
• TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
• TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se adicionan las siguientes:
• Asegurado contra Asegurado.
• Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
• Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
• Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
• Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
• Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
• Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
• Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
• Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
• Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres,

aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancia propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000034 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
• Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos pare las actividades del asegurado.
• Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
• Se modifica la exclusión 6 del ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES
6.
6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.
• EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
• CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.
Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.
Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,
(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.
(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).
Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia

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

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000034 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

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

AMBITO TERRITORIAL
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Articulo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

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

CONSTANCIA DE PAGO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E, C.

HACE CONSTAR QUE:

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) con NIT: **800.134.339** como tomador, tiene la siguiente póliza vigente y recaudada en su totalidad.

RC CLINICAS

Numero:	994000000034
Endoso:	0
Vigencia:	31/12/2024 - 31/12/2025
Prima Total:	**$ 23,800,000.00**

Cualquier aclaración adicional con gusto será suministrada en la línea de contacto: 6014390017 o email: gestiondecartera@solidaria.com.co

Se expide en Bogotá a los veintitrés (23) días de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE RECAUDO Y COBRANZA
Aseguradora Solidaria de Colombia, E.C.

V-07-2023