Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3406447072

PÓLIZA No: 340 -88 - 994000000040 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: BOGOTÁ PARK WAY | COD. AGE: 340 | RAMO: 88 | PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
30	09	2025	01	10	2025	23:59	01	10	2026	23:59	365	30	09	2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
01	10	2025	23:59	01	10	2026	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT: 808.003.500-6

DIRECCION: CALLE 9 NO 9-39 BARRIO KENEDY | CIUDAD: SILVANIA, CUNDINAMARCA | TELÉFONO: 6017491207

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT: 808.003.500-6

DIRECCION: CALLE 9 NO 9-39 BARRIO KENEDY | CIUDAD: SILVANIA, CUNDINAMARCA | TELÉFONO: 6017491207

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | IDENTIFICACIÓN NIT: 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CIUDAD: SILVANIA

DIRECCION: CALLE 9 No. 9-38

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	200,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	200,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	200,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	200,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

***

SEGURO DE RC PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, HOSPITALES
Y CENTROS MÉDICOS
SLIP TERMINOS DE COTIZACION
TOMADOR: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E
ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E
BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.
UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CALLE 9 NO. 9 - 38 - SILVANIA
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.
No DE CAMAS DE INTERNACION: 13
VIGENCIA: 365 días, a partir del día 01 del mes de Octubre del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***200,000,000.00	$ ********6,600,000	$****15,000.00	$ ****1,256,850	$ ********7,871,850

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
TEASEGUROS COLOMBIA TECNICOS EN SEGU	1176	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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://segurosolidaria.com.co/clausulas-de-polizas/Multiclausulado.aspx Y SELECCIONE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA EN NUESTRA PÁGINA WEB https://www.segurosolidaria.com.co, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701981000013(8020)900000988987(99)340644787

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACION ASEGURADORA: Calle 100 No. 8A-49 Piso 12 Bogotá

CDDC207E0B0BFB7E58

CLIENTE

JHARLAS 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 313 13 70 – 215 13 22 - Celular: 321 924 04 70 – 323 232 28 34 - Correo electrónico: contacto@defensorfinanciero.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://segurosolidaria.com.co/assets/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025P.pdf

Compañía de Seguros

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

Ahora Así, Seguros Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través de...

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BOGOTÁ PARK WAY | COD.AGENCIA: 340 | RAMO: 88 | No.PÓLIZA: 994000000040 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT 808.003.500-6

ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT 808.003.500-6

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 1R/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-0001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180521MGGL7GL78 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: OCTUBRE 01 DE 2022, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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 OCURRENCIA
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 15% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:
POR PROCESO: COP $ 10.000.000
POR EVENTO: COP $ 10.000.000.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP $10.000.000 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 carátula de la póliza.
Extensión del Periodo 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 periodo 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 causado 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 carátula de la póliza o en la solicitud de seguro.
b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios

de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BOGOTÁ PARK WAY | COD. AGENCIA: 340 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: 994000000040 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E	IDENTIFICACIÓN:	NIT	808.003.500-6
ASEGURADO:	HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E	IDENTIFICACIÓN:	NIT	808.003.500-6
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

necesarios de seguridad
Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones 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 aplicación, uso y aplicación a pacientes de los equipos.
Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transfusión haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublimite 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. sublimite 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. sublimite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluyo 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 incluyo 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 ADICION 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 barbituricos, 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/o 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 Exequatur 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 perdida, 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 diseño de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento y/o mantenimiento de vehículos terrestres.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BOGOTÁ PARK WAY | COD. AGENCIA: 340 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: 994000000040 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT 808.003.500-6

ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT 808.003.500-6

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

unicamente 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 para 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
/.
6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR MANIPULACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITR .
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
transmisible real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.
Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:
a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.
Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daño, 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 con 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 consumida 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:
... rdida cibernetica.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, costo, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja a esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada nula 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, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir, remediar cualquier acto cibernético o incidente

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA BOGOTÁ PARK WAY | COD. AGENCIA: 340 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: 994000000040 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT 808.003.500-6

ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E | IDENTIFICACIÓN NIT 808.003.500-6

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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 o 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 Artículo 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.
DEDUCTIBLES:
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 5 SMMLV
VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

VALOR ASEGURADO : $200.000.000
PRIMA NETA : $6.600.000
GASTOS DE EXPEDICIÓN : $15.000
IVA 19% : $1.256.850
PRIMA TOTAL : $7.871.890

REQUISITOS PARA LA EMISION:
La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:
Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado, fechado y firmado por el representante legal de la entidad asegurada.
Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas.
Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman para de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria de Colombia.

...

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3406417109

PÓLIZA No: 340 -80 - 994000000703 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: BOGOTÁ PARK WAY | COD. AGE 340 | RAMO: 80 | PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
30 / 07 / 2025		30 / 07 / 2025	23:59	30 / 07 / 2026	23:59	365	31 / 07 / 2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIAS
	30	07	2025	23:59		30	07	2026	23:59		365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E — IDENTIFICACIÓN: NIT 808.003.500-6
DIRECCIÓN: CALLE 9 9 25 BARRIO KENEDY — CIUDAD: SILVANIA, CUNDINAMARCA — TELÉFONO: 6017491207

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E — IDENTIFICACIÓN: NIT 808.003.500-6
DIRECCIÓN: CALLE 9 NO 9-39 BARRIO KENEDY — CIUDAD: SILVANIA, CUNDINAMARCA — TELÉFONO: 6017491207
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL D NIT : 808003500

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CIUDAD: SILVANIA

DIRECCION: CALLE 9 No. 9-38

ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA: 9-10

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PATRIMONIO DEL ASEGURADO	$ 100,000,000.00		
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	100,000,000.00		

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO:

RECONOCER A LOS TERCEROS HASTA EL LÍMITE NOMINAL DE SUMA ASEGURADA PARA CADA COBERTURA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL 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 DAÑOSOS IMPUTABLES A ÉL, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, Y QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS BAJO LAS SECCIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

AMPARO BÁSICO - RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS:
LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES Y/O ESPECIALES PACTADAS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES 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 QUE TENGAN ORIGEN EN HECHOS ACCIDENTALES, SÚBITOS, REPENTINOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES AL ASEGURADO, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO PROVENIENTES DE:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********200,000	$*********0.00	$ *******38,000	$ **********238,000

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	%PART	COASEGURO CEDIDO NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
TEASEGUROS COLOMBIA TECNICOS EN SEGU	1176	100.00			

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 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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://segurosolidaria.com.co/politicas-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA (340) INGRESA PÁGINA WEB https://www.segurosolidaria.com.co, EN EL ÍTEM "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701661000019(8020)000000000000703034064171 0

FIRMA TOMADOR

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

DEORTIZ 0

CDDC207E0B0EFB7F5F

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 524 04 78 – 323 232 29 34 - Correo electrónico contacto@pgabogados.com
Horarios: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://segurosolidaria.com.co/Documentos/Archivos/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-3926F.pdf

Compañía de Seguros

Contar, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Una Solidaria de Colombia confirma la información de las cifras a través de

Ahora Aseg

VIGILADO Superintendencia FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/05 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE