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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS** NIT **860.020.283-3**
DIRECCION **CL 4 NRO. 12 - 41** CIUDAD **GUADUAS, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3223770441**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS** NIT **860.020.283-3**
DIRECCION **CL 4 NRO. 12 - 41** CIUDAD **GUADUAS, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3223770441**

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)
26 / 03 / 2025	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SONIA SARMIENTO MEJIA	200011	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES / OFICIALES

—

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 500,000,000.00**		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE	**$ 500,000,000.00**		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS			**$ 250,000,000.00**
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA			**$ 200,000,000.00**
	GASTOS MEDICOS			**$ 50,000,000.00**
	RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL			**$ 200,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES RCE/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA/RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

LÍMITES POR EVENTO: CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS - $ 100,000,000.00, RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA - $ 100,000,000.00, GASTOS MEDICOS - $ 12,500,000.00, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL - $ 50,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******500,000,000.00	PRIMA:	$ *********1,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********190,000.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********1,190,000.00

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 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.

CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11006619867227(3900)000001190000(96)20260324

REFERENCIA PAGO:
1100661986722-7

33-02-101015991

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS** NIT **860.020.283-3**

DIRECCION **CL 4 NRO. 12 - 41** CIUDAD **GUADUAS, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3223770441**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS** NIT **860.020.283-3**

DIRECCION **CL 4 NRO. 12 - 41** CIUDAD **GUADUAS, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3223770441**

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)
26 / 03 / 2025	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SONIA SARMIENTO MEJIA CLIENTE	200011	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

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:	$ *******500,000,000.00	PRIMA:	$ *********1,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********190,000.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********1,190,000.00

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 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.

CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11006619867227(3900)000001190000(96)20260324

REFERENCIA PAGO:

1100661986722-7

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

3.1 OBJETO DEL SEGURO:

AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE SUFRA EL HOSPITAL, COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ORIGINADA DENTRO O FUERA DE SUS INSTALACIONES, EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES O EN LO RELACIONADO CON ELLA, LO MISMO QUE LOS ACTOS DE SUS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS EN BOGOTA Y EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL.

3.2 AMPAROS:

ESTE SEGURO CUBRE LOS DANOS Y PERDIDAS ANTE TERCEROS:

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, INCLUYENDO INCENDIO Y EXPLOSION
USO DE ASCENSORES, MONTACARGAS, GRUAS ELEVADORES Y SIMILARES.
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES EN EXCESO DE SUS PROPIAS POLIZAS SUBLIMITE POR EVENTO $100.000.000 - VIGENCIA $250.000.000
FERIAS Y EXPOSICIONES
TRANSPORTE DE MERCANCIAS Y DEMAS BIENES
ACTIVIDADES Y EVENTOS SOCIALES Y CULTURALES
USO DE CASINOS, RESTAURANTES Y CAFETERIAS
DEPOSITOS, TANQUES Y TUBERIAS EN PREDIOS
ACTIVIDADES CULTURALES Y DEPORTIVAS Y CAMPOS DEPORTIVOS
CONTAMINACION ACCIDENTAL Y SUBITA
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS EN EXCESO DE SUS PROPIAS POLIZAS SUBLIMITE POR EVENTO $25.000.000 - VIGENCIA $50.000.000
AVISOS, VALLAS Y LETREROS
PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.
RESTAURANTES Y CAFETERIAS.
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA $100.000.000 EVENTO - $200.000.000 VIGENCIA.
USO DE ARMAS DE FUEGO POR PARTE DE VIGILANTES DE FIRMAS ESPECIALIZADAS (ERRORES DE PUNTERIA) $50.000.000 EVENTO - $100.000.000 VIGENCIA.
LIMITE DE GASTOS MEDICOS, CON SUBLIMITE DE $12.500.000 PERSONA, $50.000.000. POR VIGENCIA
PATRONAL $50.000.000 POR EMPLEADO Y $200.000.000 POR VIGENCIA, EN EXCESO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES.
DESIGNACION DE AJUSTADORES DE MUTUO ACUERDO.
DANOS CAUSADOS POR BIENES BAJO TENENCIA Y CONTROL $50.000.000 EVENTO / $100.000.000 VIGENCIA

3.3 VALOR ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA: $500.000.000

3.4CLAUSULAS ADICIONALES:

AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS Y/O ACTIVIDADES.
CONOCIMIENTO DEL RIESGO.
REVOCACION DE LA POLIZA (30) TREINTA DIAS

3. 4.DEDUCIBLES:

GASTOS MEDICOS: SIN DEDUCIBLE.
DEMAS AMPAROS: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 1 SMMLV .

CONDICIONES GENERALES
FORMA 31/03/2022 - 1329 - P - 06 - 00000000ERCE003A- D00I
FORMA 31/03/2022 -1329-NT-P-06-RCE-PLO-GD-PA-01

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE LLAMARA SEGURESTADO, OTORGA EL CONTRATO DE SEGUROS EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES PARTICULARES, AMPAROS Y/O EXCLUSIONES (VER SECCION II EXCLUSIONES - LO QUE NO SE CUBRE) Y/O EXCLUSIONES, INDICADOS EN LA CARATULA DE ESTA, BAJO LAS CONDICIONES GENERALES ESPECIFICADAS A CONTINUACION

S E C C I O NI COBERTURAS

1. COBERTURA BASICA:

A. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR PREDIOS LABORES Y OPERACIONES SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A TERCEROS, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO GENERADOR LE CAUSE DANOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE A TERCEROS, OCURRA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASEGURADAS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y EN FORMA ACCIDENTAL, SUBITA E IMPREVISTA, Y A CONSECUENCIA DIRECTA DE:

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

P.L.O ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

A. LA POSESION, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS QUE FIGURAN EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN LOS CUALES EL ASEGURADO DESARROLLA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

B. LAS OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

C. USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMATICAS DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

D. USO DE MAQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE Y DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

E. AVISOS Y VALLAS.

F. INSTALACIONES SOCIALES Y DEPORTIVAS

G. EVENTOS SOCIALES ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.

H. VIAJES DE FUNCIONARIOS DEL ASEGURADO CONTRATADOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL POR SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL Y CAUSADOS POR FUNCIONARIOS O EMPLEADOS DEL ASEGURADO EN EL DESEMPENO DE SUS OBLIGACIONES PARA ESTE:
- DURANTE VIAJES AL EXTERIOR, CUANDO EL VIAJE NO EXCEDA CINCO (5) SEMANAS.
- DURANTE LA PARTICIPACION EN FERIAS O EXPOSICIONES EN EL EXTERIOR BAJO LA DEPENDENCIA DEL ASEGURADO, CUANDO LA PARTICIPACION EN CADA UNO DE ESTOS EVENTOS NO EXCEDA CINCO (5) SEMANAS.

I. LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.

J. LA VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS POR PERSONAL DEL ASEGURADO.

K. LA POSESION Y EL USO DE DEPOSITOS, TANQUES Y TUBERIAS DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

L. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DURANTE PRUEBA DE VEHICULOS: COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES CAUSADOS A LOS VEHICULOS DE PROPIEDAD DE TERCEROS CUANDO SE ENCUENTREN FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO DURANTE LAS PRUEBAS DE LOS MISMOS CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION DEL ASEGURADO, QUE POR MOTIVO DE SU REPARACION HAYAN SIDO ENTREGADOS AL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

ASEGURADA DE TALLER DE VEHICULOS AUTOMOTORES, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
- QUE EL VEHICULO HAYA ESTADO DENTRO DE LOS PREDIOS CERRADOS Y VIGILADOS DEL ASEGURADO, Y SE ENCUENTRE EN EL REGISTRO DE IDENTIFICACION DE ENTRADA Y SALIDA DE VEHICULOS CON EL QUE DEBE CONTAR EL ASEGURADO.
- QUE EL VEHICULO SE ENCUENTRE DENTRO DEL RADIO DE KILOMETROS INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, RESPECTO DE LA UBICACION DE LOS PREDIOS ASEGURADOS. DE NO ESTABLECERSE UN RANGO PARTICULAR, EL AREA DE OPERACION PARA PRUEBAS SE LIMITA A CINCO (5) KILOMETROS.
- QUE EL VEHICULO SEA CONDUCIDO POR UN EMPLEADO DEL ASEGURADO CON CONTRATO DE TRABAJO Y QUE POSEA LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE PARA EL TIPO DE VEHICULO CONDUCIDO.
- QUE LAS PRUEBAS DEL VEHICULO SE REALICEN DENTRO DEL HORARIO NORMAL DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

PARAGRAFO PRIMERO: CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

PARAGRAFO SEGUNDO: TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO TERCERO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

B. GASTOS DE DEFENSA EN PROCESO CIVIL POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA ESTE (QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS Y RAZONABLES), HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, Y HAYAN SIDO CAUSADOS DIRECTAMENTE EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO. LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA. SE RECONOCERAN COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ACORDADOS LIBREMENTE ENTRE EL ASEGURADO Y EL PROFESIONAL DEL DERECHO QUE ADELANTARA SU DEFENSA, SIN EXCEDER LOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD O PAIS. EN CASO DE NECESITAR EL ASEGURADO SUMAS SUPERIORES POR LA COMPLEJIDAD DE LA DEFENSA A LAS ESTABLECIDAS, REQUERIRAN APROBACION PREVIA Y POR ESCRITO POR PARTE DE SEGURESTADO, PREVIA SOLICITUD ESCRITA. ESTOS GASTOS PODRAN OPERAR POR REEMBOLSO, EN CUYO CASO REQUERIRAN APROBACION DE SEGURESTADO PREVIAMENTE A SER INCURRIDOS POR EL ASEGURADO Y CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DESCRITAS.

C. COSTOS JUDICIALES
SEGURESTADO RESPONDERA DE ACUERDO CON LA LEY, ADEMAS, AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA, POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO AFECTADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O EN CONTRA DEL ASEGURADO, SALVO EN LOS SIGUIENTES CASOS:
A. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O CULPA GRAVE, O ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PRESENTE POLIZA.
B. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO.
C. SI LA INDEMNIZACION A CARGO DEL ASEGURADO EXCEDE EL LIMITE ASEGURADO, SEGURESTADO SOLO RESPONDERA POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCION A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACION.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

D. GASTOS MEDICOS POR ESTABILIZACION DEL TERCERO AFECTADO: EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO, EXISTA O NO RESPONSABILIDAD ACREDITADA DEL ASEGURADO, SEGURESTADO INDEMNIZARA POR LOS GASTOS MEDICOS COMPROBADOS EN QUE HAYA INCURRIDO EL ASEGURADO CON EL FIN DE PRESTAR LOS PRIMEROS AUXILIOS (SERVICIOS MEDICOS, DE AMBULANCIA, DE HOSPITAL, DE ENFERMERIA Y DE MEDICAMENTOS) A TERCEROS VICTIMAS DE UN ACCIDENTE QUE LE HAYA GENERADO UNA LESION FISICA AL TERCERO DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS SE OCASIONEN DENTRO DE LOS CINCO (05) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL EVENTO/ACCIDENTE. EL LIMITE ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL SERA HASTA DEL CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

EL PAGO QUE SE REALICE BAJO ESTE AMPARO NO SE ENTENDERA COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD EN CABEZA DEL ASEGURADO Y COBIJA SOLO AQUELLOS GASTOS NECESARIOS PARA LA ESTABILIZACION INICIAL DEL AFECTADO. EN EL CASO DE QUE LAS LESIONES A QUE HACE MENCION ESTE AMPARO SEAN OCASIONADAS CON VEHICULOS AUTOMOTORES TERRESTRES AL SERVICIO DE LAS LABORES DEL ASEGURADO DESCRITAS EN ESTA POLIZA, DEBERAN AGOTARSE EN PRIMER TERMINO EL SEGURO OBLIGATORIO DE DANOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTE DE TRANSITO (SOAT) Y POSTERIORMENTE EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA POLIZA DE AUTOMOVILES. HABIENDOSE AGOTADO LA COBERTURA DE LOS SEGUROS CITADOS, O EN CASO DE NO EXISTIR AMPARO, O A FALTA DE LAS MISMAS, ENTRARA A OPERAR LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE NUMERAL.

ACORDE CON LA NATURALEZA DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL Y DE SUS EXTENSIONES DE COBERTURA, EL ASEGURADO NO PODRA INCURRIR EN GASTOS, REALIZAR PAGOS, CELEBRAR ARREGLOS O TRANSACCIONES CON LA VICTIMA DEL PERJUICIO O SUS CAUSAHABIENTES O RECONOCER ANTE ELLOS SU PROPIA RESPONSABILIDAD, SIN LA AUTORIZACION ESCRITA DE SEGURESTADO.

2. COBERTURAS ADICIONALES

LAS SIGUIENTES COBERTURAS SON ADICIONALES, SE ENTENDERAN CONTRATADAS SI SE INDICAN EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y SI EL TOMADOR PAGA LA PRIMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE. EL VALOR ASEGURADO MAXIMO CORRESPONDERA A LOS SUBLIMITES INDICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

SI NO SE CONTRATAREN ESTAS COBERTURAS ADICIONALES, SE ENTENDERA QUE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE ESTE SEGURO.

2.1. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR (PATRONAL) SEGURESTADO CUBRE, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO EN SU CALIDAD DE EMPLEADOR EXCLUSIVAMENTE POR LOS ACCIDENTES DE TRABAJO QUE SUFRAN LOS EMPLEADOS A SU SERVICIO, EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS A ELLOS.

2.2. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES SEGURESTADO CUBRE, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO Y/O LOS GASTOS MEDICOS EN QUE SE INCURRA, POR LOS DANOS QUE CAUSARE EL ASEGURADO A TERCEROS, A CONSECUENCIA DE LABORES AMPARADAS REALIZADAS PORCONTRATISTASY SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES A SU SERVICIO.

2.3. VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS
SEGURESTADO, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES, LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONEN A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE PROVENIENTE DEL USO DE VEHICULOS TERRESTRES PROPIOS Y/O NO PROPIOS QUE ESTEN AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN EL GIRO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN ESTA POLIZA.

ESTE AMPARO ADICIONAL, OPERA EN EXCESO DE LAS COBERTURAS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE DANOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTE DE TRANSITO(SOAT) Y DE LA POLIZA DE AUTOMOVILES - AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL VEHICULO INVOLUCRADO.

2.4. RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA ENTRE CONTRATISTAS SEGURESTADO, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR UN CONTRATISTA AL SERVICIO DEL ASEGURADO A OTRO IGUALMENTE A SU SERVICIO, A CONSECUENCIA DE LAS LABORES AMPARADAS PREVIAMENTE CONTRATADAS POR EL ASEGURADO Y QUE SE EFECTUEN DENTRO DE LOS PREDIOS DEL MISMO.

2.5 BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL
SEGURESTADO, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR DANOS PRODUCIDOS CON LOS BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS QUE SE ENCUENTREN BAJO CUIDADO, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO O DE PERSONAS DEFINIDAS DENTRO DEL CONCEPTO DE ASEGURADO, CON OCASION DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES AMPARADAS POR ESTA POLIZA.

NO SE EXTIENDE ESTA COBERTURA PARA LOS DANOS SUFRIDOS POR LOS MENCIONADOS BIENES, NI AL HURTO TOTAL O PARCIAL DE LOS MISMOS.

2.6. RESPONSABILIDAD CIVIL PARQUEADEROS
SEGURESTADO, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR CHOQUE DE VEHICULOS DE TERCEROS PARQUEADOS DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO DESCRITOS EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA, SIEMPRE QUE SE TRATE DE PREDIOS CERRADOS Y VIGILADOS, Y SE LLEVE CONTROL DE ENTRADA Y SALIDA DE VEHICULOS Y PERSONAS.

SI EL DANO OCURRIESE AL MOVER LOS VEHICULOS CON FUERZA PROPIA DENTRO DE LOS MISMOS PREDIOS, HABRA COBERTURA CUANDO EL CONDUCTOR SEA EMPLEADO DEL ASEGURADO CON CONTRATO DE TRABAJO Y POSEA LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE AL MOMENTO DE CAUSARSE EL DANO PARA EL VEHICULO CONDUCIDO.

2.7. PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOS

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

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURESTADO, HASTA EL SUBLIMITE ASEGURADO, CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS DANOS, LESIONES Y/O MUERTE QUE SE PRODUZCA A TERCEROS EN FORMA DIRECTA POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS, POR TRABAJOS EJECUTADOS, O POR CUALQUIER OTRA CLASE DE SERVICIOS PRESTADOS POR EL ASEGURADO, CUANDO LOS DANOS SE PRODUZCAN DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO, DE EJECUTADO EL TRABAJO O DE PRESTADO LOS SERVICIOS, SIEMPRE Y CUANDO SE HALLEN FUERA DEL LOCAL Y PREDIOS ASEGURADOS, Y SU POSESION FISICA, CUSTODIA O CONTROL HAYAN SIDO DEFINITIVAMENTE CONFERIDOS A TERCEROS.

S E C C I O N II EXCLUSIONES (LO QUE NO SE CUBRE)

3. COMUNES A TODOS LOS AMPAROS DE LA POLIZA
BAJO ESTE CONTRATO QUEDAN EXCLUIDAS DE MANERA GENERAL PARA TODAS LAS COBERTURAS OFRECIDAS, LOS PERJUICIOS QUE EN SU ORIGEN O EXTENSION SEAN CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR:

3.1. LESIONES PERSONALES O DANOS MATERIALES CAUSADOS AL ASEGURADO, SU CONYUGE O SUS PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL.

PARA SOCIEDADES DE PERSONAS O EN COMANDITA SIMPLE OPERA LA EXCLUSION CON RESPECTO A LOS SOCIOS DEL ASEGURADO, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, ASI MISMO DE LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO.

3.2. EL SINIESTRO QUE EL ASEGURADO O UNA PERSONA ENCARGADA POR EL, HAYAN OCASIONADO MEDIANTE EL USO DE UN VEHICULO TERRESTRE, UNA EMBARCACION O UNA AERONAVE; O BIEN, RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADOS EN SU CALIDAD DE PROPIETARIO, TENEDOR O POSEEDOR DE DICHOS VEHICULOS TERRESTRES, ACUATICOS O AEREOS. ESTA EXCLUSION SE ENTENDERA LEVANTADA SOLO PARA EL USO DE VEHICULOS TERRESTRES, CUANDO SEA CONTRATADO EL AMPARO ADICIONAL DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

3.3. EL DANO OCASIONADO POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL ASEGURADO O POR TRABAJOS EJECUTADOS, O POR CUALQUIER OTRA CLASE DE SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DANOS SE PRODUJERAN DESPUES DE LA ENTREGA, DEL SUMINISTRO, DE LA EJECUCION O DE LA PRESTACION. ESTA EXCLUSION SE ENTENDERA LEVANTADA CUANDO SE CONTRATE EL AMPARO ADICIONAL DE PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOS.

3.4. USO O MANEJO DE EQUIPOS MOVILES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO DESCRITOS EN ESTA POLIZA, TALES COMO: CABRIAS, MONTACARGAS, GRUAS Y SIMILARES.

3.5. DERRUMBE Y OPERACIONES BAJO TIERRA.

3.6. LABORES DE CONSTRUCCION O DEMOLICION DE EDIFICIOS O INSTALACIONES O DESMONTE DE MAQUINARIAS, A NO SER QUE TALES ACTIVIDADES CONSTITUYAN EL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS DEL ASEGURADO.

3.7. OPERACIONES QUE HAYAN SIDO DEFINITIVAMENTE TERMINADAS O ABANDONADAS POR EL ASEGURADO.

3.8. DESCARGUE, DISPERSION O ESCAPE DE HUMO, VAPORES, HOLLIN, ACIDOS, ALCALIS, Y EN GENERAL PRODUCTOS QUIMICOS TOXICOS, LIQUIDOS O GASEOSOS, DESPERDICIOS Y DEMAS MATERIAS CONTAMINANTES DENTRO O SOBRE LA TIERRA, ATMOSFERA, RIOS, LAGOS O SIMILARES.

3.9. LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.

3.10. LESIONES PERSONALES O DANOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS CON CULPA GRAVE O DOLO DEL ASEGURADO.

3.11. LAS RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVIO O PERDIDA DE BIENES.

3.12. PERJUICIOS CAUSADOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, SALVO EN AQUELLOS CASOS EN QUE SEA CONTRATADO EL AMPARO ADICIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIAJES AL EXTERIOR, CON SUJECION A LA DESCRIPCION DEL MISMO.

3.13. LESIONES CAUSADAS A PERSONAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR GUERRA INTERNACIONAL O CIVIL Y LOS ACTOS PERPETRADOS POR PAISES EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS (SEA O NO DECLARADA UNA GUERRA), REBELION Y SEDICION, HUELGA O MOTINES, CONMOCION CIVIL, TURBACION DEL ORDEN, ASONADA, BOICOTEOS, MANIFESTACIONES PUBLICAS O TUMULTOS Y CUALQUIERA DE LOS EVENTOS O CAUSAS QUE DETERMINEN SU MANTENIMIENTO.

IGUALMENTE, LOS DANOS CAUSADOS A PROPIEDADES POR LOS MOTIVOS EXPRESADOS EN EL PRESENTE NUMERAL.

3.14. LESIONES PERSONALES O DANOS A PROPIEDADES CAUSADOS POR OPERACIONES QUE EMPLEEN EL PROCESO DE FISION NUCLEAR O FISION DE MATERIALES RADIOACTIVOS.

3.15. LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO PROVENIENTES DE LA APLICACION DE LAS NORMAS DE DERECHO LABORAL, SALVO QUE SE CONTRATE EL AMPARO ADICIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR (PATRONAL), CON SUJECION A LA DESCRIPCION DEL MISMO.

3.16. LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES QUE SURJAN PARA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE LAS PROVISIONES DE LOS ARTICULOS 2351 DEL CODIGO CIVIL COLOMBIANO QUE SE REFIERE A LOS DANOS CAUSADOS POR RUINA DE UN EDIFICIO CON VICIO DE CONSTRUCCION.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

3.18. RECLAMACIONES A CAUSA DE DANOS ORIGINADOS POR CONTAMINACION U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMOSFERA, SUELOS, SUBSUELOS O BIEN POR RUIDO, ASI COMO DANOS ORIGINADOS POR EL EFECTO QUE CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO PUEDEN OCASIONAR LAS AGUAS.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3.19. RECLAMACIONES A CAUSA DE DANOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS, QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS AL ASEGURADO EN ARRENDAMIENTO, COMODATO, DEPOSITO O CUSTODIA O QUE ESTE TENGA EN SU PODER SIN AUTORIZACION DE LA PERSONA QUE PUEDA LEGALMENTE DISPONER DE DICHOS BIENES; QUEDAN IGUALMENTE EXCLUIDOS LOS DANOS QUE SE PUEDAN OCASIONAR CON ESTOS BIENES O SOBRE ESTOS BIENES, CUALQUIERA QUE SEA LA ACTIVIDAD QUE SE REALICE CON ELLOS. TAMPOCO QUEDA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD SI LOS SUPUESTOS DE LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS EN ESTE NUMERAL, SE DA EN LA PERSONA DE UN EMPLEADO O DE UN ENCARGADO DEL ASEGURADO.

3.20. RECLAMACIONES ENTRE VARIAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, MENCIONADAS COMO EL ASEGURADO, ENTRE SI; O SEA, AQUELLA RESPONSABILIDAD EN QUE PUEDA RECLAMARSE ENTRE ASEGURADOS.

3.21. POR INCONSISTENCIA, HUNDIMIENTO O ASENTAMIENTO DEL SUELO Y DEL SUBSUELO.

3.22. RESPONSABILIDAD POR HECHOS U OMISIONES DE PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO, CUANDO ESTAS NO ESTEN EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

3.23 INDEMNIZACIONES QUE TENGAN O REPRESENTEN EL CARACTER DE UNA MULTA, DE UNA PENA O DE UN CASTIGO, COMO AQUELLAS DENOMINADAS COMO DANOS PUNITIVOS, DANOS POR VENGANZA, DANOS EJEMPLARES U OTROS CON LA MISMA NATURALEZA O PROPOSITO.

4. EXCLUSIONES APLICABLES A AMPAROS ESPECIFICOS Y ADICIONALES:

4.1. APLICABLES A LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIAJES AL EXTERIOR: ESTA COBERTURA NO AMPARA, NI SE REFIERE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE:

4.1.1. INDEMNIZACIONES QUE TENGAN O REPRESENTEN EL CARACTER DE UNA MULTA, DE UNA PENA O DE UN CASTIGO, COMO AQUELLAS LLAMADAS POR DANOS PUNITIVOS, POR DANOS POR VENGANZA POR DANOS EJEMPLARES U OTROS CON LA MISMA NATURALEZA.
4.1.2. RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES DE TRABAJO.
4.1.3. RECLAMACIONES COMO, CONSECUENCIA DE UNA CONTAMINACION AMBIENTAL.
4.1.4. DANOS CAUSADOS DURANTE EL TIEMPO LIBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO.
4.1.5. DANOS CAUSADOS POR LA POSESION O EL USO DE CUALQUIER TIPO DE VEHICULO A MOTOR.

4.2. APLICABLES A LA COBERTURA DE PRUEBA DE VEHICULOS
QUEDA EXCLUIDA DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO PROVENIENTE DE ADEMAS DE LAS ENUNCIADAS EN LA DEFINICION DEL AMPARO, LA QUE RESULTE DE:
4.2.1. DANOS AL VEHICULO QUE REALIZA LAS PRUEBAS.
4.2.2. HURTO EN TODAS SUS MODALIDADES DE LOS VEHICULOS, SUS ACCESORIOS O CARGA.

4.3. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR (PATRONAL)
BAJO EL AMPARO ADICIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR (PATRONAL), NO SE ATENDERAN LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE:

4.3.1. ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDEMICAS O EPIDEMICAS.
4.3.2. ACCIDENTES DE TRABAJO QUE HAYAN SIDO PROVOCADOS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL EMPLEADO.
4.3.3. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE TIPO LABORAL, YA SEAN CONTRACTUALES, CONVENCIONALES O LEGALES.
4.3.4. DANOS MATERIALES A BIENES DE PROPIEDAD DE LOS TRABAJADORES.

4.4. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES
ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A TERCEROS Y A PROPIEDADES DEL MISMO, RESULTANTES DE:

4.4.1. TRABAJOS DE MANTENIMIENTO O REPARACION DE LOS PREDIOS, MAQUINARIA O EQUIPO DEL ASEGURADO.
4.4.2. TRABAJOS DE AMPLIACION O MODIFICACION EN LOS EDIFICIOS O ESTRUCTURAS DEL LOCAL Y PREDIOS DEL ASEGURADO.
4.4.3. RECLAMACIONES MUTUAS ENTRE ASEGURADO, CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.
4.4.4. TRABAJOS DE AMPLIACION DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO O CONSTRUCCION DE NUEVOS PREDIOS.
4.4.5. LOS DANOS A LOS BIENES MUEBLES DESTINADOS AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES NORMALES DEL ASEGURADO.
4.4.6. RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA ENTRE LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS, ENTENDIENDOSE COMO TAL, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE SE CAUSEN ESTAS PERSONAS ENTRE SI.

4.5. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS
SEGURESTADO NO INDEMNIZARA LOS DANOS O PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR Y/O COMO CONSECUENCIA DE:

4.5.1. LOS DANOS CAUSADOS POR VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS MIENTRAS PRESTEN SERVICIO PUBLICO.
4.5.2. LOS DANOS CAUSADOS POR VEHICULOS DEDICADOS AL TRANSPORTE DE GAS, COMBUSTIBLE, EXPLOSIVOS Y/O SUSTANCIAS PELIGROSAS.
4.5.3. LOS DANOS Y/O PERDIDAS A LOS OBJETOS TRANSPORTADOS EN LOS VEHICULOS.
4.5.4. LOS VEHICULOS DE LOS SOCIOS, FUNCIONARIOS O EMPLEADOS DEL ASEGURADO, SALVO EN LOS CASOS EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR SEGURESTADO.
4.5.5. LA DESAPARICION DE LOS VEHICULOS Y/O SUS ACCESORIOS.

4.6. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA ENTRE CONTRATISTAS
SEGURESTADO NO INDEMNIZARA LOS DANOS O PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR Y/O COMO CONSECUENCIA DE:

4.6.1. DANOS CAUSADOS A LA OBRA QUE CADA UNO DE LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS ESTE EJECUTANDO.
4.6.2. DANOS O LESIONES A LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS FUERA DEL HORARIO DE TRABAJO ESTIPULADO Y/O FUERA DEL PREDIO DEL ASEGURADO.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

4.7. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL
SEGURESTADO NO INDEMNIZARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE CONLLEVE A UNA RECLAMACION DERIVADA DE:

4.7.1. LOS DANOS, EL HURTO O HURTO CALIFICADO TOTAL O PARCIAL DE LOS BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL DEL ASEGURADO, DEBIDO A CUALQUIER CAUSA.

4.8. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOS
ESTA COBERTURA NO AMPARA, NI SE REFIERE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE:

4.8.1. DANOS O DEFECTOS QUE SUFRA EL PRODUCTO, TRABAJO O SERVICIO MISMO QUE HA SIDO OBJETO DIRECTO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADA.
4.8.2. GASTOS O INDEMNIZACIONES DESTINADOS A AVERIGUAR O SUBSANAR TALES DANOS O DEFECTOS QUE TENGAN LOS PRODUCTOS, ASI COMO LOS DE RETIRADA O SUSTITUCION DE DICHOS PRODUCTOS.
4.8.3. PERJUICIOS QUE SE PRESENTEN COMO CONSECUENCIA DE QUE EL PRODUCTO, TRABAJO O SERVICIO NO PUEDA DESEMPENAR LA FUNCION PARA LA QUE ESTA DESTINADO O NO RESPONDE A LAS CUALIDADES ANUNCIADAS PARA ELLO, O ES INEFICAZ PARA EL USO AL CUAL ESTABA DESTINADO.
4.8.4. GARANTIAS DE PRODUCTOS, INCLUYENDO RENDIMIENTO O CALIDAD DEL MISMO.
4.8.5. DANOS CAUSADOS POR PRODUCTOS, TRABAJOS O SERVICIOS CUYO DEFECTO O DEFICIENCIA SEA CONOCIDO PREVIAMENTE POR EL ASEGURADO ANTES DE SU ENTREGA, SUMINISTRO O EJECUCION.
4.8.6. DANOS QUE OCURRAN POR PRODUCTOS, MAQUINAS Y EQUIPOS PARA PRODUCIR LOS PRODUCTOS, TRABAJOS O SERVICIOS EN FASE EXPERIMENTAL O NO SUFICIENTEMENTE EXPERIMENTADOS, SEGUN LAS REGLAS CONOCIDAS DE LA TECNICA, QUE FUESEN DE APLICACION EN TALES SUPUESTOS O POR REALIZAR LA PRODUCCION, LA ENTREGA O LA EJECUCION DESVIANDOSE EL ASEGURADO, A SABIENDAS, DE LAS REGLAS DE LA TECNICA.
4.8.7. DANOS QUE SE PRESENTEN POR PRODUCTOS, TRABAJOS O SERVICIOS, CUYA FABRICACION, ENTREGA O EJECUCION CARECEN DE LOS PERMISOS O LICENCIAS RESPECTIVAS DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
4.8.8. DANOS QUE OCURRAN POR PRODUCTOS, TRABAJOS O SERVICIOS DESTINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE A LA INDUSTRIA DE LA AVIACION.
4.8.9. GASTOS O PERJUICIOS POR RETRASOS EN LA ENTREGA, PARALIZACION, PERDIDA DEL BENEFICIO, FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DE INSTALACIONES, SALVO QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DANO MATERIAL, LESION PERSONAL Y/O MUERTE CAUSADO POR EL PRODUCTO FABRICADO, ENTREGADO O SUMINISTRADO O POR EL TRABAJO O SERVICIO EJECUTADO POR EL ASEGURADO.
4.8.10. DANOS, PERJUICIOS O GASTOS COMO CONSECUENCIA DE UNA UNION O MEZCLA LLEVADA A CABO UTILIZANDO LOS PRODUCTOS ASEGURADOS.
4.8.11. DANOS, PERJUICIOS O GASTOS A CONSECUENCIA DE UNA TRANSFORMACION DE PRODUCTOS ASEGURADOS.
4.8.12. SINIESTROS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
4.8.13. DANOS, LESIONES Y/O MUERTE RELACIONADOS CON PRODUCTOS FARMACEUTICOS, COSMETICOS, VETERINARIOS, Y ORTOPEDICOS.

4.9. APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE PARQUEADEROS
QUEDAN EXCLUIDAS DE LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO, LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO PROVENIENTE DE:

4.9.1. DANOS, PERDIDA O EL EXTRAVIO DE VEHICULOS SITUADOS FUERA DE LOS PREDIOS A QUE SE REFIERE ESTE SEGURO.
4.9.2. DANOS, PERDIDA O EL EXTRAVIO DE ACCESORIOS O PARTES DE LOS VEHICULOS, DE SU CONTENIDO O CARGA.
4.9.2. DANOS O PERJUICIOS CAUSADOS POR HURTO, EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES DE LOS VEHICULOS, SUS PARTES, ACCESORIOS O CARGA.
4.9.3. DANOS O PERJUICIOS CAUSADOS POR ACTOS DOLOSOS O DE INFIDELIDAD DE LOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

S E C C I O N III DEFINICIONES GENERALES

BAJO ESTE CONTRATO DE SEGURO SE ENTENDERA POR CADA UNO DE LOS TERMINOS RELACIONADOS A CONTINUACION LO SIGUIENTE:

1. ASEGURADO: SE ENTIENDE COMO ASEGURADO A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA TITULAR DEL INTERES ASEGURABLE OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DEBIDAMENTE NOMBRADA EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA.

2. TOMADOR: ES LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE, OBRANDO POR CUENTA PROPIA O AJENA TRASLADA LOS RIESGOS A SEGURESTADO. COMO PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO, SE ENCUENTRA OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA.

3. TERCEROS: ES LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE RESULTA AFECTADA O DAMNIFICADA POR EL HECHO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE ASEMEJA ESTE CONCEPTO PARA BENEFICIARIO, VICTIMA O TERCERO AFECTO Y CAUSAHABIENTES.

NO SE CONSIDERA TERCEROS A:

A. EL CONYUGE, COMPANERO PERMANENTE Y LOS PARIENTES DEL ASEGURADO HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD Y/O PRIMERO DE AFINIDAD.

B. LAS PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO LABORAL CON EL ASEGURADO O VINCULADAS CON CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS, EXCEPTO CUANDO RECIBAN SERVICIO O ATENCION MEDICA COMO PACIENTES DEL ASEGURADO.

4. DEDUCIBLE: ES EL MONTO O PORCENTAJE DEL DANO INDEMNIZABLE DETERMINADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA CADA AMPARO/COBERTURA, PREVIAMENTE CONVENIDO, QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE LA INDEMNIZACION Y SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN SOLO SINIESTRO SE AFECTAN VARIAS DE LAS COBERTURAS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS POR EL TOMADOR, EL DEDUCIBLE ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA SE APLICARA PARA CADA AMPARO POR SEPARADO.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

5. BIENES AJENOS: AQUELLOS BIENES MATERIALES SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO DE DOMINIO, NI OSTENTA RESPECTO DE ELLOS LA CALIDAD DE POSEEDOR, TENEDOR O USUFRUCTUARIO Y QUE NO ESTAN CONFIADOS A SU CUIDADO O VIGILANCIA.

6. TRABAJADOR: SE ENTIENDE POR TRABAJADOR TODA PERSONA QUE MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PRESTE AL ASEGURADO UN SERVICIO PERSONAL, REMUNERADO Y BAJO SU PERMANENTE DEPENDENCIA O SUBORDINACION.

7. ACCIDENTE DE TRABAJO: SE ENTIENDE POR ACCIDENTE DE TRABAJO TODO SUCESO IMPREVISTO O REPENTINO QUE SOBREVENGA POR CAUSA O CON OCASION DEL TRABAJO Y QUE PRODUZCA AL TRABAJADOR UNA LESION O PERTURBACION FUNCIONAL, PERMANENTE O PASAJERA Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADO DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DE LA VICTIMA.

8. PREDIOS: POR PREDIOS SE ENTENDERA EL CONJUNTO DE INMUEBLES DESCRITOS TAXATIVAMENTE EN LA POLIZA.

9. OPERACIONES: POR OPERACIONES SE ENTENDERA LAS ACTIVIDADES QUE REALICEN PERSONAS VINCULADAS AL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO DENTRO DEL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS, MATERIA DEL PRESENTE SEGURO.

10. CONTRATISTA INDEPENDIENTE: POR CONTRATISTA INDEPENDIENTE SE ENTENDERA TODA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE REALICE LABORES EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS O CONVENIOS DE CARACTER ESTRICTAMENTE COMERCIAL.

11. SUBCONTRATISTA: SE ENTIENDE POR SUBCONTRATISTA TODA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE REALICE LABORES EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, EN VIRTUD DE CONTRATOS O CONVENIOS DE CARACTER ESTRICTAMENTE COMERCIAL QUE HAYAN SIDO CELEBRADOS CON LOS CONTRATISTAS PARA EL DESARROLLO DE AQUELLOS CONVENIOS O CONTRATOS PREVIAMENTE CELEBRADOS ENTRE EL CONTRATISTA Y EL ASEGURADO.

12. SINIESTRO: POR SINIESTRO SE ENTIENDE TODO HECHO EXTERNO, SUCEDIDO EN FORMA ACCIDENTAL, SUBITA E IMPREVISTA QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO, Y QUE HAYA CAUSADO UN DANO MATERIAL, LESION PERSONAL Y/O MUERTE QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

CONSTITUYE UN SOLO SINIESTRO EL ACONTECIMIENTO, O SERIE DE ACONTECIMIENTOS DANOSOS, DEBIDO A UNA MISMA CAUSA ORIGINARIA, CON INDEPENDENCIA DEL NUMERO DE RECLAMANTES, DE PERSONAS LEGALMENTE RESPONSABLES O DE RECLAMACIONES FORMULADAS.

13. PERJUICIOS: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS TODA DISMINUCION ESPECIFICA, REAL Y CIERTA DEL PATRIMONIO DEL TERCERO AFECTADO A CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO DE LOS AMPARADOS EN ESTA POLIZA.

14. VALOR ASEGURADO: ES LA SUMA DE DINERO SENALADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y QUE CORRESPONDE AL LIMITE MAXIMO POR EL QUE RESPONDE SEGURESTADO EN CASO DE SINIESTRO, LUEGO DE APLICAR EL DEDUCIBLE PACTADO PARA EL RESPECTIVO AMPARO AFECTADO.

15. VEHICULO PROPIO: VEHICULOS TERRESTRES DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO QUE SE UTILICEN EN EL GIRO NORMAL DE SU NEGOCIO.

16. VEHICULO NO PROPIO: VEHICULOS TERRESTRES QUE NO SON DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO, TOMADOS EN ARRIENDO O COMODATO Y QUE SE UTILICEN EN EL GIRO NORMAL DE SU NEGOCIO

17. SUBLIMITE: SE REFIERE A UN VALOR ESTABLECIDO PARA UNA DETERMINADA COBERTURA QUE FIJA EL MAXIMO DE RESPONSABILIDAD POR ESE CONCEPTO EN CABEZA DE SEGURESTADO. DICHO SUBLIMITE HACE PARTE DE LA SUMA ASEGURADA TOTAL DE LA POLIZA, POR LO TANTO, NO SUMA AL LIMITE ASEGURADO, Y LA RESPONSABILIDAD MAXIMA DE LA COMPANIA EN NINGUN CASO EXCEDERA DEL LIMITE ANUAL AGREGADO.

SE PUEDEN ESTIPULAR SUBLIMITES POR PERSONA, POR UNIDAD ASEGURADA, POR SINIESTRO O POR EVENTO CUYA COBERTURA SEA OBJETO DE LA CONDICION O DEL ANEXO, Y EL CUAL CONSTITUIRA LA RESPONSABILIDAD MAXIMA DE LA COMPANIA EN LA INDEMNIZACION POR ESE CONCEPTO.

18. PERJUICIOS PATRIMONIALES: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS PATRIMONIALES EL DANO EMERGENTE Y EL LUCRO CESANTE DEL TERCERO AFECTADO Y/O SUS CAUSAHABIENTES QUE SEA RECLAMADO A SEGURESTADO CON OCASION A UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA.

19. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES EL DANO MORAL, DANO A LA VIDA EN RELACION, DANO FISIOLOGICO Y/O A LA SALUD, RECLAMADO A SEGURESTADO CON OCASION A UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA, QUE SE RECONOCERA SIEMPRE QUE SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO

CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

S E C C I O N IV PAGO DEL SINIESTRO

SEGURESTADO ESTARA LEGALMENTE OBLIGADA A PAGAR RECLAMACIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ACREDITE AUN EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO A LA INDEMNIZACION POR SINIESTROS AMPARADOS BAJO LA POLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO SE PRESENTE LA RECLAMACION POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, DONDE ESTE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE DE ACUERDO CON LA LEY Y SE ACREDITE LA OCURRENCIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DEL SINIESTRO Y SU CUANTIA.

2. CUANDO SE REALICE CON PREVIA APROBACION DE SEGURESTADO UN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y EL PERJUDICADO O SUS CAUSAHABIENTES MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLEZCAN LAS SUMAS DEFINITIVAS QUE EL PRIMERO DEBE PAGAR AL SEGUNDO, POR CONCEPTO DE TODA INDEMNIZACION.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. CUANDO SEGURESTADO REALICE UN CONVENIO CON EL PERJUDICADO O SUS CAUSAHABIENTES, MEDIANTE EL CUAL ESTE O AQUELLOS LIBEREN DE TODA RESPONSABILIDAD A SEGURESTADO Y AL ASEGURADO.

SEGURESTADO PAGARA LA INDEMNIZACION UNA VEZ SE ACREDITE LA RESPONSABILIDAD, EL PERJUICIO SUFRIDO Y SU CUANTIA, EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA LEY COLOMBIANA.

S E C C I O N V OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO

ADEMAS DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CODIGO DE COMERCIO Y DEMAS NORMAS APLICABLES, EL TOMADOR/ASEGURADO TENDRA LAS SIGUIENTES:

1. CONSERVACION DEL ESTADO DEL RIESGO - NOTIFICACION DE SUS CAMBIOS

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGUN EL CASO ESTAN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO COMO SE ENCONTRABA AL MOMENTO DE LA CELEBRACION DEL CONTRATO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERAN NOTIFICAR POR ESCRITO A SEGURESTADO, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE SOBREVENGAN A DICHA CELEBRACION Y QUE SIGNIFIQUEN EN CAMBIO EN EL ESTADO DEL RIESGO O VARIACION DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACION DEBERA HACERSE CON ANTELACION NO MENOR DE DIEZ (10) DIAS HABILES A LA FECHA DE LA MODIFICACION DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. SI LA MODIFICACION ES EXTRANA A LA VOLUNTAD DE ESTOS, DEBERA NOTIFICARSE DENTRO DE LOS DIEZ (10) DIAS HABILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME, TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS HABILES CONTADOS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACION.

UNA VEZ NOTIFICADA LA MODIFICACION DEL RIESGO EN LOS TERMINOS ARRIBA EXPUESTOS, SEGURESTADO PODRA REVOCAR EL CONTRATO DE SEGURO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA O EN LAS CONDICIONES DEL CONTRATO.

LA FALTA DE NOTIFICACION OPORTUNA SEGUN LOS TERMINOS ANTES INDICADOS PRODUCE LA TERMINACION DE ESTE CONTRATO.

2. PAGO DE LA PRIMA - TERMINACION AUTOMATICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA
EL TOMADOR DEL SEGURO ESTA OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA. SALVO DISPOSICION LEGAL O CONTRACTUAL EN CONTRARIO, DEBERA HACERLO A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRAN LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGURESTADO PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

3. FRENTE AL SINIESTRO

A. CUANDO OCURRA UN SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A UNA RECLAMACION SOBRE LA PRESENTE POLIZA, EL ASEGURADO ESTARA OBLIGADO A EVITAR SU EXTENSION Y PROPAGACION Y A PROVEER EL SALVAMENTO DE LAS COSAS ASEGURADAS.

B. EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARAN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A SEGURESTADO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. ESTE TERMINO PODRA AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES. SEGURESTADO NO PODRA ALEGAR EL RETARDO O LA OMISION, SI DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE SALVAMENTO O DE COMPROBACION DEL SINIESTRO.

C. EL ASEGURADO ESTA OBLIGADO A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR O PONER DE MANIFIESTO A SEGURESTADO, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LE SEAN REQUERIDOS EN RELACION CON LA RECLAMACION; COMO TAMBIEN DE FACILITAR LA ATENCION DE CUALQUIER DEMANDA DEBIENDO ASISTIR A LAS AUDIENCIAS Y JUICIOS A QUE HAYA LUGAR, SUMINISTRANDO PRUEBAS, CONSIGUIENDO LA ASISTENCIA DE TESTIGOS Y PRESTANDO TODA LA COLABORACION QUE SEA NECESARIA EN EL CURSO DE TALES JUICIOS.

SI SE INCUMPLIERE CUALQUIERA DE ESTAS OBLIGACIONES, SEGURESTADO SOLO PODRA DEDUCIR DE LA INDEMNIZACION, EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

S E C C I O N VI
PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DESCRITOS EN LA POLIZA, PERDERAN EL DERECHO A LA INDEMNIZACION EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. SI SE PRESENTA UNA RECLAMACION FRAUDULENTA, ENGANOSA O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS.

2. SI AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO SE OMITE MALICIOSAMENTE INFORMAR ACERCA DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES ASEGURADOS.

S E C C I O N VII CONDICIONES VARIAS

1. REDUCCION Y RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-02-101015991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO, SIN QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCION DE PRIMA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO QUIERA RESTABLECER EL VALOR DEL SEGURO AL FIJADO INICIALMENTE, DEBERA SOLICITARLO POR ESCRITO A SEGURESTADO, CASO EN EL CUAL SE HARA EL AJUSTE RESPECTIVO MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE CORRESPONDA Y PREVIA APROBACION POR ESCRITO DE SEGURESTADO.

2. REVOCACION
EL SEGURO OTORGADO POR LA PRESENTE POLIZA PODRA SER REVOCADO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. EL ASEGURADO PODRA, EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR EL PRESENTE CONTRATO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA A SEGURESTADO, EN CUYO CASO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO SERA LIQUIDADA SEGUN LA TARIFA A CORTO PLAZO.

2. POR VOLUNTAD DE SEGURESTADO MEDIANTE AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA DEL ASEGURADO, CON DIEZ (10) DIAS HABILES DE ANTELACION. SEGURESTADO DEVOLVERA LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO DEL SEGURO.

3. DISPOSICIONES LEGALES
EL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS Y RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRAN APLICACION LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

4. DOMICILIO
SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD QUE FIGURA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA, EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EL TOMADOR DEL SEGURO SE OBLIGA PARA CON SEGURESTADO A MANTENER ACTUALIZADA, POR LO MENOS UNA VEZ AL ANO, LA INFORMACION SUMINISTRADA EN EL FORMULARIO DE CLIENTES VINCULADOS CON LA COMPANIA.

5. NOTIFICACIONES
CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES CON EXCEPCION DEL AVISO DE SINIESTRO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO Y SERA PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION LA CONSTANCIA DE RECIBO EN LA COPIA DE LA COMUNICACION O DEL ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA POR LAS PARTES. IGUALMENTE SERA MECANISMO VALIDO DE NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES, LAS DIRECCIONES DE CORREO ELECTRONICO INFORMADOS Y/O REGISTRADOS POR LAS PARTES PARA ESOS EFECTOS.

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS** NIT **860.020.283-3**
DIRECCION **CL 4 NRO. 12 - 41** CIUDAD **GUADUAS, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3223770441**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS** NIT **860.020.283-3**
DIRECCION **CL 4 NRO. 12 - 41** CIUDAD **GUADUAS, CUNDINAMARCA** TELEFONO **3223770441**

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)
26 / 03 / 2025	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SONIA SARMIENTO MEJIA	200011	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

—

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 501,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES CYH	**$ 501,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			**$ 100,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******501,000,000.00	PRIMA:	$ *********8,593,582.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********1,632,780.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********10,226,362.00

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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110066198668 20(3900)000010226362(96)20260324

REFERENCIA PAGO:
1100661986682-0

33-03-101035320

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAIMEGOMEZ

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
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)
26 / 03 / 2025	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026	24 / 03 / 2025	24 / 03 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SONIA SARMIENTO MEJIA CLIENTE	200011	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

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:	$ *******501,000,000.00	PRIMA:	$ *********8,593,582.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********1,632,780.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********10,226,362.00

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.

CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11006619866820(3900)000010226362(96)20260324

REFERENCIA PAGO: 1100661986682-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR:..... ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS: NIT: 860.020.283
ASEGURADO:..... ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS: NIT: 860.020.283
BENEFICIARIO:..... TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

UBICACION RIESGO PRINCIPAL: CALLE 4 # 12 - 41
CIUDAD: CUNDINAMARCA, GUADUAS

TIPO DE INSTITUCION: HOSPITAL
NIVEL DE ATENCION: NIVEL I

NO. DE CAMAS: 20
NO. DE AMBULANCIAS: 6

BASE DE COBERTURA - OCURRENCIA: SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL: 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

NOTA TECNICA: 07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA

ESPECIALIDAD	NO. PROFESIONALES
RAYOS X AUXILIARES DE RAYOS X	01
AUXILIAR DE ENFERMERIA	03
BACTERIOLOGIA	04
ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL	04
ODONTOLOGA	03
MEDICINA GENERAL	12
TOTAL PROFESIONALES ASEGURADOS	27

LIMITE ASEGURADO: $501.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: SEGURESTADO 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.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBERA MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III DEL CONDICIONADO GENERAL DE ESTA POLIZA), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2 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.
LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:
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:

2.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO 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.

2.2. 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:
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR: 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, SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD 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.

2.3. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES POR:
1. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A: $25.000.000

PARAGRAFO: ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

RESUMEN LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA

- AMPARO BASICO $501.000.000 EVENTO / VIGENCIA
- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
- USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

GASTOS DE DEFENSA $15.000.000 EVENTO $100.000.000 VIGENCIA

DEDUCIBLES

- GASTOS DE DEFENSA 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
- DEMAS AMPAROS 15% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 10 SMMLV

EXCLUSIONES

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2) AÑOS DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, O QUE NO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O REEMPLACEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I- CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV- CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, O SIMILARES CON TAL CONNOTACION.

27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).

32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA

36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
I- LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA
II- RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
III- LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

51. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

52. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

53. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

54. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

55. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

56. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

57. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.

58. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

59. PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

60. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

61. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.

62. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.

63. RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

64. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO

65. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

66. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

67. EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS:
1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO;
2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENCION DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O,
3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA.

68. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

2. EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O

3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 DIAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL CONTRATO DE VINCULACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SI TRANSCURRIDO ESTE TIEMPO NO SE HA REPORTADO ALGUN PERSONAL DE SALUD EN LA POLIZA, TODA LA ATENCION EN SALUD DONDE INTERVENGA EL DICHO PERSONAL DE LA SALUD NO TIENE COBERTURA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD
(CLINICAS Y HOSPITALES) CONDICIONES GENERALES

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE LLAMARA SEGURESTADO, CELEBRA EL CONTRATO DE SEGURO EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES PARTICULARES, AMPAROS Y/O EXCLUSIONES (VER SECCION II EXCLUSIONES - LO QUE NO SE CUBRE), INDICADOS EN LA CARATULA DE ESTA, BAJO LAS CONDICIONES GENERALES ESPECIFICADAS A CONTINUACION (POR FAVOR LEALAS CON ATENCION Y PLANTEE LAS INQUIETUDES QUE TENGA):

S E C C I O N I COBERTURAS (LO QUE SE CUBRE)

1.AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: SEGURESTADO 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.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBERA MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2GASTOS 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.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA
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:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SEGURESTADO 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 SENALADAS EN LA SECCION II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2USO 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
SEGURESTADO 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.

2.3RESPONSABILIDAD 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 DANOS 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.

S E C C I O N II EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DANOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DANOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2) ANOS DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.DANOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3.RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, O QUE NO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA.

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O REEMPLACEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DANOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DANO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12.RECLAMACIONES POR DANOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DANOS PUNITIVOS.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.

EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.

23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, O SIMILARES CON TAL CONNOTACION.

27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29.DANOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DANOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).

32.POR DANOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DANOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA

36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DANO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA
II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

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.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DANOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

50.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

51.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

52.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

53.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

54.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

55.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

56.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

S E C C I O N III DEFINICIONES GENERALES

BAJO ESTE CONTRATO DE SEGUROS SE ENTENDERA POR CADA UNO DE LOS TERMINOS RELACIONADOS A CONTINUACION, LO SIGUIENTE:

1.ACTOS MEDICOS: CONJUNTO DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS PROFESIONALES PRESTADOS A PACIENTES POR EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS EN CALIDAD DE PROFESIONALES, TECNICOS Y/O AUXILIARES PARA LAS AREAS DE LA SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADOS CONFORME A LA LEYES APLICABLES Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O ANEXOS Y MEDIANTE LOS CUALES SE TRATA DE OBTENER LA CURACION O ALIVIO DEL PACIENTE. ELLOS PUEDEN SER DE TIPO PREVENTIVOS, DE PROMOCION DE LA SALUD, DIAGNOSTICOS, TERAPEUTICOS O DE REHABILITACION.

SE ENTIENDEN POR ESTOS: CONSULTA MEDICA, DIAGNOSTICO, PRESCRIPCION, SERVICIOS DE LABORATORIO, RECOMENDACION TERAPEUTICA, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, EMISION DE DOCUMENTOS MEDICOS, HISTORIA CLINICA, REHABILITACION Y DEMAS PROCEDIMIENTOS MEDICOS PROFESIONALES NECESARIOS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL O TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

2.ACTOS ERRONEOS: CUALQUIER ACTO MEDICO REAL O SUPUESTO, ERROR, OMISION O INCUMPLIMIENTO NEGLIGENTE RELACIONADO CON LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y/O ASISTENCIALES DE LA SALUD PRESTADOS POR EL ASEGURADO Y POR EL PERSONAL A SU SERVICIO Y QUE, CONFORME A LA LEY, GENERAN RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MISMO Y EN CONSECUENCIA LLEVAN A UNA RECLAMACION EFECTUADA POR EL PACIENTE AFECTADO O TERCERO AFECTADO O SUS CAUSAHABIENTES SOBRE EL PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL ASEGURADO.

3.ASEGURADO: LA EMPRESA DE LA SALUD (CENTROS MEDICOS, CONSULTORIOS, CLINICAS, HOSPITALES Y LABORATORIOS) CONSTITUIDA COMO PERSONA JURIDICA DE DERECHO PUBLICO, PRIVADO O MIXTO, TITULAR DEL INTERES ASEGURABLE OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DEBIDAMENTE NOMBRADA COMO TAL EN LA CARATULA DE LA POLIZA, Y EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO DECLARADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO.

4.DEDUCIBLE: ES EL MONTO O PORCENTAJE DEL DANO INDEMNIZABLE DETERMINADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA CADA AMPARO/COBERTURA, PREVIAMENTE CONVENIDO CON EL TOMADOR, QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE LA INDEMNIZACION Y SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN SOLO SINIESTRO SE LLEGAREN A AFECTAR VARIAS DE LAS COBERTURAS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS POR EL TOMADOR, EL DEDUCIBLE ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA SE APLICARA PARA CADA AMPARO POR SEPARADO.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

5.SINIESTRO: PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR SINIESTRO EL ACTO ERRONEO POR EL CUAL SE IMPUTA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL AL ASEGURADO, ACAECIDO EN FORMA ACCIDENTAL, SUBITA E IMPREVISTA QUE HAYA CAUSADO UN DANO MATERIAL, LESION PERSONAL Y/O MUERTE GENERADOR DE PERJUICIOS PATRIMONIALES Y/O EXTRAPATRIMONIALES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CUYAS CONSECUENCIAS JURIDICAS SEAN RECLAMADAS AL ASEGURADO, POR VIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O MAS TARDAR DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION QUE TIENE EL TERCERO AFECTADO FRENTE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACION COLOMBIANA. RESPECTO DE LA ACCION DIRECTA QUE TIENE EL TERCERO AFECTADO FRENTE A SEGURESTADO LA PRESCRIPCION CORRERA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ASI MISMO, LA SERIE DE ACTOS ERRONEOS QUE SON O ESTAN TEMPORAL, LOGICA O CAUSALMENTE RELACIONADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACION O EVENTO, SE CONSIDERARAN PARTE DE UN MISMO SINIESTRO Y CONSTITUIRAN UN SOLO Y UNICO DANO Y/O COSTO SIN IMPORTAR EL NUMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MAXIMA DE SEGURESTADO POR DICHO DANO Y/O COSTOS, NO EXCEDERA EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO/VIGENCIA, ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O EN LA CARATULA DE LA POLIZA O LOS SUBLIMITES CORRESPONDIENTES.

6.PACIENTE: ES LA PERSONA NATURAL QUE INGRESA A LA INSTITUCION ASEGURADA PARA RECIBIR ASISTENCIA MEDICA Y RESULTA AFECTADA POR EL HECHO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY Y A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SIEMPRE QUE SEA CON OCASION A DICHA ASISTENCIA MEDICA.

7.TERCERO AFECTADO: ES LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE RESULTA AFECTADA POR UN HECHO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY, POR EVENTOS AMPARADOS BAJO LA PRESENTE POLIZA.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO DE SEGUROS, NO SE CONSIDERAN TERCEROS A:

A.EL CONYUGE, COMPANERO PERMANENTE Y LOS PARIENTES DE LOS FUNCIONARIOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD Y/O PRIMERO DE AFINIDAD, SALVO QUE SE ENCUENTREN SIENDO ATENDIDOS COMO PACIENTES DE LA INSTITUCION ASEGURADA.
B.LAS PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO LABORAL CON EL ASEGURADO O VINCULADAS CON CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS, SALVO QUE SE ENCUENTREN SIENDO ATENDIDOS COMO PACIENTES DE LA INSTITUCION ASEGURADA.

8.VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: ES LA SUMA DE DINERO SENALADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y QUE CORRESPONDE A LA MAXIMA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO EN CASO DE UN EVENTO AMPARADO A LA LUZ DE ESTE CONTRATO DE SEGURO, LUEGO DE APLICAR EL DEDUCIBLE POR CADA SINIESTRO QUE PUEDA OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

SEGURESTADO NO ESTARA OBLIGADO, EN NINGUN CASO, A PAGAR DANOS Y/O COSTOS QUE EXCEDAN EL LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD APLICABLE, UNA VEZ ESTE HAYA SIDO AGOTADO POR EL PAGO DE DANOS Y/O COSTOS.

LOS SUBLIMITES INDICADOS EN ALGUNOS AMPAROS O COBERTURAS BAJO LAS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE DEBEN ENTENDER INCLUIDOS DENTRO DEL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA BASICA Y POR LO TANTO NO INCREMENTAN LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO MEDIANTE CONDICION PARTICULAR EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

9.VIGENCIA DEL SEGURO: ES EL PERIODO DE COBERTURA COMPRENDIDO ENTRE LAS FECHAS DE INICIO Y TERMINACION QUE APARECEN SENALADAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, DURANTE LAS CUALES EL ASEGURADO REALIZA LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU PROFESION MEDICA ASEGURADA Y ENTRE LAS CUALES DEBE OCURRIR EL ACTO MEDICO O HECHO DANOSO POR EL CUAL SE IMPUTA LA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO.

10.CONSENTIMIENTO INFORMADO: HACE REFERENCIA AL PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL EL MEDICO COMUNICA E INFORMA A SU PACIENTE LAS DIVERSAS OPCIONES Y ALTERNATIVAS PARA EL DIAGNOSTICO, EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, ADVIRTIENDOLE LOS RIESGOS INHERENTES A LOS PROCEDIMIENTOS, ASI COMO LOS BENEFICIOS QUE SE DERIVEN, EN FORMA CLARA PARA QUE LE PERMITAN TOMAR UNA DECISION RACIONAL. ESTE PROCEDIMIENTO ES LA AUTORIZACION AUTONOMA DE UNA INTERVENCION MEDICA DE CADA PACIENTE CAPAZ EN PARTICULAR. EL CONSENTIMIENTO DEBE SER LIBRE, AUTONOMO, INFORMADO, CONSTANTE Y CUALIFICADO, DEL CUAL DEBE QUEDAR CONSTANCIA EXPRESA.

EL ASEGURADO QUEDARA EXONERADO DE ADVERTIR LOS RIESGOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

I-CUANDO EL ESTADO MENTAL DEL PACIENTE Y LA AUSENCIA DE PARIENTES ALLEGADOS SE LO IMPIDAN.
II-CUANDO EXISTA URGENCIA O EMERGENCIA PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO MEDICO.

EL MEDICO DEJARA CONSTANCIA EN LA HISTORIA CLINICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O DE LA IMPOSIBILIDAD DE HACERLO.

11.DISENTIMIENTO INFORMADO: ES EL DOCUMENTO DONDE SE EXPRESA LA NEGACION POR PARTE DEL PACIENTE, SUS FAMILIARES O PERSONAS RESPONSABLES, PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS, TERAPEUTICOS QUE SON NECESARIAS PARA EL MANEJO DE LA SALUD DEL PACIENTE.

12.EMPRESA DE LA SALUD: ES LA PERSONA JURIDICA ASEGURADA EN LA POLIZA, QUE PUEDEN SER CENTROS MEDICOS, CONSULTORIOS, CLINICAS, HOSPITALES, LABORATORIOS, ENTRE OTROS AQUELLOS DONDE SE PRESTEN SERVICIOS PROFESIONALES DEL AREA DE LA SALUD, DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA ELLO, DE ACUERDO CON LA LEGISLACION COLOMBIANA.

13.PERJUICIOS PATRIMONIALES: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS PATRIMONIALES EL DANO EMERGENTE Y EL LUCRO CESANTE DEL PACIENTE, TERCERO AFECTADO Y/O SUS CAUSAHABIENTES QUE SEA RECLAMADO A SEGURESTADO CON OCASION A UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA.

14.PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES EL DANO MORAL, DANO A LA VIDA EN RELACION, DANO FISIOLOGICO Y/O A LA SALUD, RECLAMADO A

SEGURESTADO CON OCASION A UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA, QUE SE RECONOCERA SIEMPRE QUE SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DANOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

15.PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO: PERSONAL MEDICO, ODONTOLOGICO, PARAMEDICO, AUXILIAR, FARMACEUTICO, BACTERIOLOGO, MICROBIOLOGO, ENFERMERIA O ASIMILADOS, VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO LABORAL CON EL ASEGURADO O VINCULADAS CON CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS.

S E C C I O N IV OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

1.CONSERVACION DEL ESTADO DEL RIESGO - NOTIFICACION DE SUS CAMBIOS EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGUN SEA EL CASO ESTAN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERAN NOTIFICAR POR ESCRITO A SEGURESTADO LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN A DICHA CELEBRACION Y QUE SIGNIFIQUEN UN CAMBIO EN EL ESTADO DEL RIESGO.

LA NOTIFICACION A SEGURESTADO DEBERA HACERSE POR ESCRITO, CON ANTELACION NO MENOR DE DIEZ (10) DIAS HABILES A LA FECHA EN QUE SE DARA LA MODIFICACION DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. SI LE ES EXTRANA, TAL NOTIFICACION SE DEBERA REALIZAR DENTRO DE LOS DIEZ (10) DIAS HABILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE LA MODIFICACION. SE PRESUME EL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO, TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS HABILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACION.

UNA VEZ NOTIFICADA LA MODIFICACION DEL RIESGO EN LOS TERMINOS ARRIBA EXPUESTOS, SEGURESTADO PODRA REVOCAR EL CONTRATO DE SEGURO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA O EN LAS CONDICIONES DEL CONTRATO.

LA FALTA DE NOTIFICACION OPORTUNA A SEGURESTADO SEGUN LOS TERMINOS ANTES INDICADOS PRODUCE LA TERMINACION DE ESTE CONTRATO.

2.PAGO DE LA PRIMA - TERMINACION AUTOMATICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA EL TOMADOR DEL SEGURO ESTA OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA. SALVO DISPOSICION CONTRACTUAL EN CONTRARIO, DEBERA HACERLO A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRAN LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGURESTADO PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

3.OBLIGACIONESDELASEGURADO/TERCEROAFECTADOENCASODE SINIESTRO

A.CUANDO OCURRA UN SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A UNA RECLAMACION POR LA PRESENTE POLIZA, EL ASEGURADO ESTARA OBLIGADO A EVITAR SU EXTENSION Y PROPAGACION Y A PROVEER EL SALVAMENTO DE LAS COSAS ASEGURADAS. SI SE INCUMPLIERE ESTA OBLIGACION, SEGURESTADO PODRA DEDUCIR DE LA INDEMNIZACION, EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.
B.EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTAN OBLIGADOS A DAR AVISO DE SEGURESTADO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. SI SE INCUMPLIERE ESTA OBLIGACION, SEGURESTADO SOLO PODRA DEDUCIR DE LA INDEMNIZACION, EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.
C.DECLARAR A SEGURESTADO, AL DAR LA NOTICIA DEL SINIESTRO, LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACION DEL ASEGURADOR Y DE LOS VALORES ASEGURADOS.
D.LE CORRESPONDE AL ASEGURADO - BENEFICIARIO ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PERDIDA PARA LO CUAL GOZA DE LIBERTAD PROBATORIA. EN TAL SENTIDO, EL ASEGURADO - BENEFICIARIO ACOMPANARA LAS PRUEBAS PERTINENTES TALES COMO DICTAMENES MEDICOS, HISTORIAS CLINICAS, FACTURAS, ENTRE OTROS, Y COMUNICARA POR ESCRITO A SEGURESTADO TODOS LOS DETALLES Y HECHOS QUE DEMUESTREN PLENAMENTE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS, ASI COMO LA RELACION DE CAUSALIDAD CON LA PRESTACION DEL SERVICIO.
E.LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN LA RECLAMACION O COMPROBACION DEL DERECHO AL PAGO DE DETERMINADO SINIESTRO, CAUSARA LA PERDIDA DE TAL DERECHO.

4.CELEBRACION DE ACUERDOS Y/O ADMISION DE RESPONSABILIDAD:
DADA LA NATURALEZA DE ESTE SEGURO, EL ASEGURADO NO PODRA ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI REALIZAR ACUERDOS DE CONCILIACION O TRANSACCION TENDIENTES A LA AFECTACION DE LA POLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE SEGURESTADO, QUIEN TENDRA DERECHO EN CUALQUIER MOMENTO A INTERVENIR EN EL MANEJO DE LA DEFENSA O LIQUIDACION DEL RECLAMO, SI SEGURESTADO, ASI LO CONSIDERE CONVENIENTE.

SI EL ASEGURADO SE REHUSARA INJUSTIFICADAMENTE A PRESTAR SU CONSENTIMIENTO EN RELACION CON UN ACUERDO SUGERIDO POR SEGURESTADO, LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO NO EXCEDERA EN TAL CASO EL MONTO A CARGO PREVISTO EN DICHO ACUERDO, INCLUYENDO LOS COSTOS INCURRIDOS DESDE EL MOMENTO EN QUE SEGURESTADO SOLICITO EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO HASTA LA FECHA DE RECHAZO.

S E C C I O N V CONDICIONES VARIAS

1.DERECHOS Y DEBERES DE SEGURESTADO EN CASO DE SINIESTRO:
CUANDO OCURRA UN EVENTO, CUBIERTO POR ESTA POLIZA SEGURESTADO PODRA:

A.INSPECCIONAR LOS EDIFICIOS, LOCALES O PREDIOS EN LOS QUE OCURRIO EL POSIBLE SINIESTRO.
B.COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MEDICA Y ECONOMICAMENTE LOS PERJUICIOS EFECTIVAMENTE CAUSADOS Y PARA DETERMINAR LA CAUSA Y CONSECUENCIAS DE LOS MISMOS PARA LA CUAL, SEGURESTADO SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR LA VICTIMA, INGRESAR A LOS PREDIOS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, EXAMINAR LOS LIBROS, HISTORIAS CLINICAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL ASEGURADO RELACIONADOS CON EL RECLAMO O SINIESTRO.
C.LAS FACULTADES CONFERIDAS A SEGURESTADO POR LA PRESENTE CONDICION PODRAN SER EJERCIDAS EN CUALQUIER MOMENTO HASTA TANTO EL ASEGURADO O LA VICTIMA LE COMUNIQUEN POR ESCRITO QUE RENUNCIAN Y/O DESISTEN DE LA RECLAMACION PRESENTADA JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

2.REDUCCION DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE LA INDEMNIZACION

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101035320	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			NIT	860.020.283-3
DIRECCION	CL 4 NRO. 12 - 41	CIUDAD	GUADUAS, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3223770441
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EL VALOR ASEGURADO SE ENTENDERA REDUCIDO, DESDE EL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACION PAGADA POR SEGURESTADO.

3.GARANTIAS - DEFINICION Y EFECTOS
SE ENTIENDE POR GARANTIA, LA PROMESA INEQUIVOCA, EN VIRTUD DE LA CUAL EL TOMADOR O EL ASEGURADO SE OBLIGAN A HACER O NO DETERMINADA COSA, O A CUMPLIR DETERMINADA EXIGENCIA, O MEDIANTE LA CUAL AFIRMA O NIEGA LA EXISTENCIA DE DETERMINADA SITUACION DE HECHO.

LA GARANTIA DEBERA CONSTAR EN LA POLIZA POR ESCRITO O EN DOCUMENTOS ACCESORIOS A ELLA, Y DEBE EXPRESAR EL COMPROMISO CLARO QUE ADQUIERE EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

EN CASO DE NO CUMPLIRSE LA GARANTIA, SEA O NO SUSTANCIAL RESPECTO DEL RIESGO, EL CONTRATO DE SEGURO SERA ANULABLE. CUANDO LA GARANTIA SE REFIERE A UN HECHO POSTERIOR A LA CELEBRACION DEL CONTRATO, SEGURESTADO PODRA DARLO POR TERMINADO DESDE EL MOMENTO DE LA INFRACCION U OPONER EL INCUMPLIMIENTO DE LA MISMA.

4.REVOCACION UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO
EL SEGURO OTORGADO POR LA PRESENTE POLIZA PODRA SER REVOCADO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A.POR SEGURESTADO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ULTIMA DIRECCION CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DIAS HABILES DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVIO. LA REVOCACION DARA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA.
B.POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A SEGURESTADO. EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCION SE CALCULARAN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

5.FORMULARIO DE SOLICITUD
PARA EMITIR ESTA POLIZA SEGURESTADO, SE HA BASADO EN LA INFORMACION Y DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS, ESTADOS FINANCIEROS Y DEMAS INFORMACION EXIGIDA PARA LA SUSCRIPCION Y SOMETIDOS A LA CONSIDERACION DE SEGURESTADO. DICHAS DECLARACIONES SON LA BASE DE LA ACEPTACION DEL RIESGO Y DE LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTA POLIZA, POR LO TANTO, SE CONSIDERAN COMO PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

6.DELIMITACION TERRITORIAL
EL PRESENTE SEGURO SE REFIERE UNICA Y EXCLUSIVAMENTE A ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL TERRITORIO COLOMBIANO, BAJO LA LEGISLACION Y JURISDICCION COLOMBIANA.

7.SUBROGACION
SEGURESTADO, UNA VEZ EFECTUADOS CUALESQUIERA DE LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN ESTA POLIZA, SE RESERVA EL DERECHO A LA SUBROGACION HASTA EL LIMITE DE TAL O TALES PAGOS Y PODRA EJERCER LOS DERECHOS Y LAS ACCIONES QUE POR RAZON DEL SINIESTRO CORRESPONDIERAN AL TOMADOR/ASEGURADO. ESTE PRESTARA TODA LA COLABORACION QUE SEA PRECISA PARA LA EFECTIVIDAD DE LA SUBROGACION, INCLUYENDO LA FORMALIZACION DE LOS DOCUMENTOS QUE FUESEN NECESARIOS PARA DOTAR A SEGURESTADO DE LEGITIMACION ACTIVA PARA DEMANDAR JUDICIALMENTE.

ASI MISMO, SEGURESTADO SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICION CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTEN O NO EN RELACION DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.

AL ASEGURADO LE ESTA PROHIBIDO RENUNCIAR A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SO PENA DE PERDER EL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN ESTA POLIZA, SI EL ASEGURADO ACTUO DE MALA FE O CON DOLO, DEBERA RESTITUIR LOS COSTOS Y/O GASTOS LEGALES QUE SEGURESTADO HUBIERE PAGADO DE MANERA ANTICIPADA, ASI COMO TAMBIEN PERDERA EL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

8.NOTIFICACIONES
CUALQUIER DECLARACION O MODIFICACION QUE DEBAN HACER LAS PARTES EN RELACION CON EL PRESENTE CONTRATO, DEBERA REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ULTIMA DIRECCION SUMINISTRADA POR ELLAS, INCLUIDA LA POSIBILIDAD DE EFECTUAR NOTIFICACIONES A LOS BUZONES DE CORREO ELECTRONICO INFORMADO.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES) CONDICIONES GENERALES
FORMA 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I
FORMA 07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01

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

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	860.020.283-3	CL 4 NRO. 12 - 41	GUADUAS, CUNDINAMARCA	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	860.020.283-3	CL 4 NRO. 12 - 41	GUADUAS, CUNDINAMARCA	3223770441

Adicional: NINGUNO

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Limite de Pago
$ *****900,000.00	$ ******10,000.00	$ *****172,900.00	$ *********1,082,900.00	$ ********30,000,000.00	26 / 03 / 2025

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SONIA SARMIENTO MEJIA	200011	100.00			
EN BANCOS NO					

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.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11006619867211(3900)000001082900(96)20260324

REFERENCIA PAGO:
1100661986721-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE **Ofi**

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

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	860.020.283-3	CL 4 NRO. 12 - 41	GUADUAS, CUNDINAMARCA	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	860.020.283-3	CL 4 NRO. 12 - 41	GUADUAS, CUNDINAMARCA	3223770441

Adicional: NINGUNO

OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:

AMPAROS

CARGO: NO ESPECIFICADA - RIESGO: UNICO

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	24/03/2025	24/03/2026	30,000,000.00

DEDUCIBLE : 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV

ACLARACIONES

SEGURO GLOBAL DE MANEJO PARA ENTIDADES OFICIALES

2.1OBJETO DEL SEGURO:

AMPARAR LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS EMPLEADOS DE MANEJO O LOS REEMPLAZANTES, DEL HOSPITAL, DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 014249 DE MAYO 15/92 APROBADA POR LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES.

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ *****900,000.00	$ ******10,000.00	$ *****172,900.00	$ *********1,082,900.00	$ ********30,000,000.00	26 / 03 / 2025

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SONIA SARMIENTO MEJIA	200011	100.00			

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 efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Carrera 45A No. 102 A - 34 - Telefono: 6108441 - BOGOTA, D.C.

REFERENCIA PAGO:

1100661986721-1

(415)7709998021167(8020)11006619867211(3900)000001082900(96)20260324

33-42-101001703

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

Adicional:

- Continuación -

2.2RIESGOS AMPARADOS:

ESTE SEGURO CUBRE LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS EMPLEADOS DE MANEJO O LOS REEMPLAZANTES CONTRA LOS RIESGOS QUE IMPLIQUEN:

DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA.
ALCANCES FISCALES.
GASTOS DE RECONSTRUCCION DE CUENTAS.
GASTOS DE RENDICION DE CUENTAS.
PERDIDAS DE EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS, EMPLEADOS TEMPORALES Y /O DE FIRMA ESPECIALIZADA (SUBLIMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO).
PERDIDAS OCASIONADAS POR PERSONAL TEMPORAL O TRANSITORIO (SUBLIMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO).
CAJAS MENORES: SUBLIMITE $3.000.000

2.3.VALOR ASEGURADO: $ 30000.000.OO EVENTO / VIGENCIA.

2.4CLAUSULAS ADICIONALES:

AMPLIACION DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO (10) DIAS
REVOCACION DE LA POLIZA 30 DIAS
DESIGNACION DE AJUSTADORES DE COMUN ACUERDO

2.5DEDUCIBLES:

BASICO: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
CLAUSULA EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS Y PERSONAL TEMPORAL: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV
CAJAS MENORES: NO APLICACION

POLIZA DE MANEJO GLOBAL EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES CONDICIONES GENERALES

1. AMPARO

SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPANIA, INDEMNIZARA A LA ENTIDAD ASEGURADA, CON SUJECION A LOS TRMINOS, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTA POLIZA , LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD ASEGURADA O POR LAS PERSONAS QUE BAJO SU RESPONSABILIDAD LO REEMPLACEN, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPANIA, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD A SEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA.
EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION Y RECONSTRUCCION DE CUENTAS, QUE SE DEBA LLEVAR A CABO ENLOS CASOS DE ABANDONO DEL CARGO OFALLECIMIENTO DEL (LOS) FUNCIONARIO (S).

2. EXCLUSIONES

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-42-101001703

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

Adicional:

- Continuación -

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LAS PERDIDAS QUE SUFRA LA ENTIDAD ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE:

2.1. MERMAS O DANOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES POR CUALQUIER CAUSA NATURAL, NO IMPUTABLE A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS DETERMINADOS.
2.2. MERMAS O DANOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES POR INCENDIO, EXPLOSION, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMBLORES DE TIERRA O CUALQUIERA OTRA CONVULSION DE LA NATURALEZA, GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, HUELGAS, ASONADAS, MOTINES, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, Y EN GENERAL, CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.
IGUALMENTE, CUALQUIER DELITO DE LOS CUBIERTOS POR ESTA POLIZA, EN QUE INCURRA UNO O VARIOS FUNCIONARIOS AL AMPARO DE LAS SITUACIONES CREADAS POR LOS EVENTOS ESPECIFICADOS EN EL PARRAFO ANTERIOR.
2.3. SANCIONES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS O MULTAS IMPUESTAS A LOS FUNCIONARIOS.
2.4. CREDITOS CONCEDIDOS POR LA ENTIDAD ASEGURADA A LOS FUNCIONARIOS, AUN CUANDO SE HAYAN OTORGADO A BUENA CUENTA O ANTICIPO SOBRE COMISIONES, HONORARIOS, SUELDOS O CUALQUIER OTRO CONCEPTO.
2.5. LUCRO CESANTE.
2.6. MERMAS, DIFERENCIAS DE INVENTARIOS, DESAPARICIONES O PERDIDAS NO IMPUTABLES A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS DETERMINADOS.

3. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

CORRESPONDERA A LA ENTIDAD ASEGURADA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, ASI COMO LA CUANTIA DE LA PERDIDA. LA ENTIDAD ASEGURADA INFORMARA A LA COMPANIA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER.

OCURRIDO EL SINIESTRO, LA ENTIDAD ASEGURADA TIENE LA OBLIGACION DE EMPLEAR TODOS LOS MEDIOS DE QUE DISPONGA Y TOMAR LAS MEDIDAS QUE ESTEN A SU ALCANCE PARA EVITAR SU PROPAGACION O EXTENSIN Y SALVAR Y CONSERVAR LOS BIENES OBJETO DEL DELITO, PARA LO CUAL ATENDER, ADEMAS, EVENTUALES INSTRUCCIONES DE LA COMPANA. LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO, ESTA IGUALMENTE OBLIGADA A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR Y PONER DE MANIFIESTO A LA COMPANIA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, COPIAS DE FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LA COMPANIA ESTE EN DERECHO DE EXIGIRLE, EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO.

CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y DEBERES ESTABLECIDOS EN ESTA CONDICION, LA COMPANIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACUSE DICHO INCUMPLIMIENTO. LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO, ESTA IGUALMENTE OBLIGADA A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR Y PONER DE MANIFIESTO A LA COMPANIA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, COPIAS DE FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LA COMPANIA ESTE EN DERECHO DE EXIGIRLE, EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO. CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y DEBERES ESTABLECIDOS EN ESTA CONDICION, LA COMPANIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

DE OTRA PARTE, LA ENTIDAD ASEGURADA ESTA OBLIGADA A DECLARAR A LA COMPANIA, AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO, LOS SEGUROS COEXISTENTES DE IGUAL NATURALEZA QUE EXISTAN SOBRE EL FUNCIONARIO AMPARADO, CON LA INDICACION DE LA COMPANIA Y DE LA SUMA ASEGURADA. LA INOBSERVANCIA MALICIOSA DE ESTA OBLIGACION, LE ACARREARA LA PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

4. CERTIFICADOS

LA COMPANIA EXPEDIRA LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS, QUE ENTREGARA A LA ENTIDAD ASEGURADA:
4.1. DE MODIFICACION.
CUANDO EL FUNCIONARIO SEA TRASLADADO, PROMOVIDO O LE SEAN ADSCRITAS FUNCIONES DE OTRO CARGO DE MANEJO, O CUANDO SEA AUMENTADO O DISMINUIDO EL VALOR ASEGURADO, LA COMPANIA EXPEDIRA UN CERTIFICADO DE MODIFICACION DEL SEGURO. LA FALTA DE ESTE CERTIFICADO EN LOS CASOS ANTERIORES NO EXIME A LA COMPANIA DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS, SIEMPRE Y CUANDO LE SEAN COMUNICADOS OPORTUNAMENTE Y ACEPTADOS EXPRESAMENTE POR ELLA. LOS CASOS DE REEMPLAZOS TEMPORALES POR VACACIONES, INCAPACIDADES, LICENCIAS, ETC., DEBERAN SER INFORMADOS A LA COMPANIA.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-42-101001703

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

Adicional:

- Continuación -

4.2. DE RENOVACION O DE PRORROGA.
LA COMPANIA EXPEDIRA UN CERTIFICADO PARA ATENDER LOS CASOS DE RENOVACION DEL SEGURO O AQUELLOS EN LOS CUALES DEBA AMPLIARSE SU VIGENCIA.

5. RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA
LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA CESARA POR EL PAGO DEL SINIESTRO HASTA POR EL VALOR ASEGURADO.

6. SINIESTRO
SE ENTIENDE OCURRIDO EL SINIESTRO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:
6.1. CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA SUFRA MENOSCABO PATRIMONIAL A CONSECUENCIA DE UNO DE LOS EVENTOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE POLIZA.
6.2. CUANDO SE TRATE DE ALCANCES QUE SE LIQUIDEN EN JUICIOS DE CUENTAS, EN LA FECHA EN LA CUAL QUE DE DEBIDAMENTE EJECUTORIADA LA PROVIDENCIA QUE DECLARE FISCALMENTE RESPONSABLE AL FUNCIONARIO O EMPLEADO.

7. PAGO
LA COMPANIA PAGARA LA INDEMNIZACION DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL HAYA RECIBIDO COPIA AL CARBON, O FOTOCOPIA AUTENTICADA, DE LA DENUNCIA PENAL INSTAURADA CONTRA EL FUNCIONARIO, POR UN HECHO AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA ACOMPANADA DEL ACTA DE INVESTIGACION ADMINISTRATIVA O FISCAL DONDE CONSTE LA CUANTIA DE LA PERDIDA Y CERTIFICACION DEL VALOR DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO DE TRABAJO A FAVOR DEL FUNCIONARIO.
EL VALOR ASEGURADO QUE SE TENDRA EN CUENTA PARA EFECTOS DE LA INDEMNIZACION, SERA AQUEL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL ACTO CONSTITUTIVO DEL DELITO. ES ENTENDIDO QUE EL MONTO DE LA INDEMNIZACION PODRA SER REDUCIDO EN EL VALOR QUE SE LE ADEUDE AL FUNCIONARIO POR CONCEPTO DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO DE TRABAJO.
EN EL EVENTO DE ALCANCES ORIGINADOS POR INCUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES LEGALES QUE IMPLIQUEN MENOSCABO DEL ERARIO PUBLICO, LA COMPANIA PAGARA LA INDEMNIZACION DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE EJECUTORIA DE LA PROVIDENCIA QUE DECLARE LA RESPONSABILIDAD FISCAL DEL FUNCIONARIO.
CUANDO FUEREN INVOLUCRADOS DOS O MAS FUNCIONARIOS RESPONSABLES ANTE LA ENTIDAD ASEGURADA, DENTRO DE LA INVESTIGACION PENAL ORIGINADA EN UN HECHO QUE TIPIFIQUE UN DELITO CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA Y NO FUERE POSIBLE DETERMINAR LA CUANTIA DE LA PERDIDA IMPUTABLE A CADA CUAL, EL PAGO DEL SINIESTRO SE EFECTUARA EN PROPORCION AL VALOR ASEGURADO DE CADA UNO.
CUANDO SE TRATE DE DANO EMERGENTE, EL PAGO DEBERA REALIZARSE POR EL VALOR EN LIBROS.

8. DEDUCIBLE
EL DEDUCIBLE DETERMINADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA, ES EL MONTO O PORCENTAJE DEL VALOR DEL SINIESTRO INDEMNIZABLE QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE ESTE Y QUE, POR TANTO, SIEMPRE QUEDA A CARGO DE LA ENTIDAD ASEGURADA. EL DEDUCIBLE SE APLICARA A LA INDEMNIZACION POR CADA SUCESO AMPARADO. SE ENTIENDE POR TAL, CUALQUIER PERDIDA O SINIESTRO O SERIE DE PERDIDAS O SINIESTROS PROVENIENTES DE UN MISMO SUCESO.

9. COMPENSACION
SI LA ENTIDAD ASEGURADA, AL MOMENTO DE DESCUBRIRSE EL ILICITO O CUANDO SE HAYA DETERMINADO EL MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA MISMA Y ANTES DE SER PAGADA LA INDEMNIZACION, ES DEUDORA DEL FUNCIONARIO POR CUALQUIER CONCEPTO, LA PRDIDA SER REDUCIDA EN EL MONTO DE DICHA DEUDA SIEMPRE Y CUANDO OPERE LEGALMENTE LA COMPENSACION.
ES ENTENDIDO QUE EN EL EVENTO DE SER EL MONTO DE LA DEUDA, MAYOR IGUAL A LA PERDIDA SUFRIDA POR LA ENTIDAD ASEGURADA, LA COMPANA NO ESTA OBLIGADA A EFECTUAR PAGO ALGUNO.

10. SALVAMENTOS
LA ENTIDAD ASEGURADA SE OBLIGA A ENTREGAR A LA COMPANIA CUALQUIER SUMA, DIFERENTE A LAS CONTEMPLADAS EN LAS CONDICIONES 7. Y 9. ANTERIORES, QUE OBTENGA DEL FUNCIONARIO DESPUES DE EFECTUADO EL PAGO DE LA INDEMNIZACION, HASTA POR SU MISMO VALOR.

11. SUBROGACION
EL PAGO DE LA INDEMNIZACION EFECTUADO POR LA COMPANIA, IMPLICA LA SUBROGACIN LEGAL HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ASEGURA TENGA O PUEDA TENER CONTRA EL FUNCIONARIO.

12. EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-42-101001703

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

Adicional:

- Continuación -

SI DESPUES DE PAGADO EL SINIESTRO, EL FUNCIONARIO FUERA EXONERADO DE RESPONSABILIDAD, LA COMPANIA TIENE DERECHO A QUE LA ENTIDAD ASEGURADA LE REINTEGRE EL VALOR DE LA INDEMNIZACION.

13. CESACION DEL AMPARO
SE ENTIENDE QUE CESARA EL AMPARO DE ESTE SEGURO:
13.1. CUANDO LA RESPECTIVA ENTIDAD ASEGURADA NOTIFIQUE A LA COMPANIA QUE CONTRA EL FUNCIONARIO O EMPLEADO CURSA UNA ACCIIN PENAL, DERIVADA DEL MANEJO DE LOS BIENES QUE SE LE CONFIARON.
13.2. TAN PRONTO COMO EL AFIANZADO DEJE DE EJERCER SUS FUNCIONES POR ENTREGA DEL CARGO, COMPROBADO EN EL ACTA CORRESPONDIENTE.

14. REVOCACION
EL PRESENTE CONTRATO SE ENTENDERA REVOCADO:
14.1. POR LA COMPANIA, MEDIANTE AVISO ESCRITO ENVIADO A LA ENTIDAD ASEGURADA A SU ULTIMA DIRECCION REPORTADA, CON NO MENOS DE TREINTA (30) DIAS DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVIO. EN ESTE CASO, DEVOLVERA LA PARTE DE PRIMA CORRESPONDIENTE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE LA REVOCACION Y LA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO, LIQUIDADA A PRORRATA POR LA VIGENCIA TRANSCURRIDA.
14.2. POR LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A LA COMPANIA, QUIEN DEVOLVERA EL IMPORTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA, LIQUIDADA A PRORRATA POR LA VIGENCIA TRANSCURRIDA, MAS UN RECARGO DEL DIEZ POR CIENTO(10%) DE LA DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA A PRORRATA Y LA PRIMA ANUAL.

15. INSPECCION
LA COMPANIA TENDRA EN TODO MOMENTO EL DERECHO DE VIGILAR AL FUNCIONARIO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y EL DE EXIGIR QUE POR LA ENTIDAD ASEGURADORA SE LLEVE A CABO EL MAS ESTRICTO Y PERMANENTE CONTROL DE LAS MISMAS.
PARA EVITAR QUE EN EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO DE INSPECCION, LA COMPANIA INTERVENGA INDEBIDAMENTE EN LA COMPETENCIA FISCALIZADORA DE LA ENTIDAD ASEGURADA, AMBAS ENTIDADES CONSTANTEMENTE INTERCAMBIARAN INFORMACION SOBRE EL MANEJO DEL FUNCIONARIO.
CON EL MISMO PROPOSITO, LA OFICINA DE LA ENTIDAD ASEGURADA QUE EJERZA EL CONTROL, COMUNICARA A LA COMPANIA EL RESULTADO DE LA INVESTIGACION.

16. NOTIFICACIONES
CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LA CONDICION 3. DE ESTA POLIZA Y EN EL ARTICULO 1075 DEL CODIGO DE COMERCIO, RELATIVOS AL AVISO DEL SINIESTRO. SERA PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION, LA CONSTANCIA DE SU ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION CONOCIDA POR LA OTRA PARTE.
TAMBIEN SER PRUEBA SUFICIENTE DE QUE LA NOTIFICACION HA SIDO FORMALIZADA, LA CONSTANCIA DE RECIBIDO CON LA FIRMA RESPECTIVA DE LA PARTE DESTINATARIA.
ASI MISMO, SERA VALIDA CUALQUIERA OTRA NOTIFICACION QUE SE DEN LAS PARTES, POR CUALQUIER OTRO MEDIO PROBATORIO IDONEO RECONOCIDO POR LA LEY.

17. MODIFICACIONES
TODA MODIFICACION A LAS CONDICIONES IMPRESAS DE ESTA POLIZA, ASI COMO A LAS CLAUSULAS ADICIONALES O A LOS ANEXOS, DEBERA PONERSE A DISPOSICION DE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA, EN LA FORMA Y CON LA ANTELACION EN QUE DICHA ENTIDAD LO DETERMINE.
SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA SE MODIFICAN LAS CONDICIONES REGISTRADAS ANTE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS A LA POLIZA, AL MOMENTO DE SU RENOVACION.

18. PRESCRIPCION
LA PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE ESTE CONTRATO, SE REGIRA POR LO ESTATUIDO EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO.

19. DOMICILIO
SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

CLAUSULAS DE MANEJO GLOBAL EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-42-101001703

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

Adicional:

- Continuación -

CLAUSULA COMPROMISORIA
A CONVENIENCIA DEL ASEGURADO Y SI ESTE LO ESTIMA PERTINENTE Y ASI LO CONSIENTE INEQUIVOCAMENTE, CUALQUIER DISCREPANCIA QUE SE SUSCITE EN RELACION CON EL PRESENTE CONTRATO, PODRA SER SOMETIDA A CONCILIACION EXTRAJUDICIAL EN DERECHO ANTES DE ACUDIR A LA JURISDICCION CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA LA DECISION DE TRES (3) ARBITROS, LOS CUALES SERAN NOMBRADOS DE COMUN ACUERDO ENTRE LAS PARTES, Y SI ELLO NO FUERE POSIBLE, SE APLICARA LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 101 DE LA LEY 23 DE 1.991. LOS ARBITROS DEBERAN DECIDIR EN DERECHO, EL TRIBUNAL TENDRA COMO SEDE LA CIUDAD DE BOGOTA, Y EL TERMINO DEL PROCESO PARA TODOS LOS EFECTOS DEL ARTICULO 103 DE LA LEY 23 DE 1.991, SERA DE TRES (3) MESES.
AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS
QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE BAJO LA PRESENTE POLIZA SE AMPARAN AUTOMATICAMENTE TODOS LOS CARGOS QUE EL ASEGURADO CREE DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA.
SIN EMBRAGO PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA, LA COMPANIA AL FINAL DEL PERIODO CONFRONTARA LOS LISTADOS INICIAL Y FINAL SUMINISTRADOS POR EL ASEGURADO CUYA DIFERENCIA EN CARGOS, SI HAY, LA LIQUIDARA AL 50% DE LA TASA RESPECTIVA, DEVOLVIENDO O COBRANDO SEGUN EL CASO.
RESTABLECIMIENTO AUTOMTICO DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DEL SINIESTRO
EN CASO DE PERDIDA AMPARADA POR LA PRESENTE POLIZA, EL VALOR ASEGURADO SE CONSIDERA INMEDIATAMENTE RESTABLECIDO, UNA VEZ CUMPLIDA LA OBLIGACION POR PARTE DEL ASEGURADO, DE PAGAR LA PRIMA DEL ANEXO DE RESTABLECIMIENTO, LIQUIDADA A PRORRATA DEL MONTO RESTABLECIDO DESDE LA FECHA DEL PAGO DEL SINIESTRO HASTA EL VENCIMIENTO DE LA POLIZA; SIN EMBRAGO; EL ASEGURADO PUEDE OPTAR POR NO RESTABLECER EL VALOR ASEGURADO Y, EN TAL CASO, DEBERA DAR AVISO A LA COMPANIA POR ESCRITO, DENTRO DE LOS (3) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA RECIBIDO EL ANEXO DEL RESTABLECIMIENTO RESPECTIVO.
EN CASO DE PERDIDAS TOTALES QUE IMPLIQUE REEMPLAZO DEL EQUIPO O EQUIPOS AFECTADOS, EL ASEGURADO AVISARA OPORTUNAMENTE LA INCLUSION DEL NUEVO, O NUEVOS EQUIPOS. ESTA CLAUSULA OPERARA PARA PERDIDAS PARCIALES.
DEFINICION DE FUNCIONARIO
PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA, SE ENTIENDE POR FUNCIONARIO LA PERSONA NATURAL QUE PRESTA SUS SERVICIOS AL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL, VINCULADA A ESTE MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO.

PERDIDAS CAUSADAS POR FUNCIONARIOS NO IDENTIFICADOS
CON SUJECION A LAS CONDICIONES DE LA POLIZA, SI UNA PERDIDA CUBIERTA SE PRESUME HABER SIDO CAUSADA POR UNO O MAS DE LOS FUNCIONARIOS Y EL ASEGURADO NO PUEDE SENALAR ESPECIFICAMENTE EL FUNCIONARIO O FUNCIONARIOS QUE LA HAYAN CAUSADO. EL ASEGURADO ESTARA CUBIERTO POR ESTE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LAS PRUEBAS QUE PRESENTE (QUE DEBERAN SER CONCLUYENTES EN LOS CASOS DE DEFICIT EN EL INVENTARLO) ESTABLEZCAN QUE LA PERDIDA FUE CAUSADA POR UNO O MAS DE LOS CITADOS FUNCIONARIOS, QUEDANDO ENTENDIDO ADEMAS QUE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA CON RESPECTO A TAL PERDIDA, NO EXCEDERA EN NINGUN CASO DEL VALOR ASEGURADO.
AMPLIACION AVISO DE SINIESTRO 60 DIAS
QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EL ASEGURADO REPORTARA A LA COMPANIA TODO SINIESTRO, DENTRO DE LOS 60 DIAS HABILES .SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, QUEDANDO ASI AMPLIADO EL PLAZO OTORGADO POR EL ARTICULO1075 DEL CODIGO DE COMERCIO.
DESIGNACION DE AJUSTADOR
EN EL EVENTO DE UN SINIESTRO QUE AFECTE LA PRESENTE POLIZA Y SI LA COMPANIA DECIDE HACER NOMBRAMIENTO DE AJUSTADORES, LA DESIGNACION SE EFECTUARA DE MUTUO ACUERDO ENTRE LA COMPANIA Y EL ASEGURADO. EN TODO CASO, EL ASEGURADO SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL CAMBIO DE LOS MISMOS EN CASO DE QUE NO FUEREN DE SU ENTERA SATISFACCION.
DE OTRA PARTE, SI EXISTIERE DISCREPANCIA EN CUANTO A SI EL SINIESTRO CONSTITUYE UNA PERDIDA PARCIAL O TOTAL O CON RELACION A OTROS ASPECTOS DE ORDEN TECNICO, LA CUESTION SERA SOMETIDA A LA DECISION DE INGENIEROS PERITOS O TECNICOS EXPERTOS EN LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL ASEGURADO, SEGUN LOS INTERESES AFECTADOS CON EL SINIESTRO, DE COMUN ACUERDO ENTRE LAS PARTES.
BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS
POR MEDIO DE LA PRESENTE CLAUSULA SE HACE CONSTAR QUE, MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL, EL AMPARO OTORGADO POR LA POLIZA ARRIBA CITADA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS QUE SE ENCUENTREN BAJO LA CUSTODIA, TENENCIA, O CONTROL DEL ASEGURADO. ESTE AMPARO SE OTORGA BAJO LA GARANTIA DE QUE EL ASEGURADO TOMARA LAS ACCIONES DEL CASO DESTINADAS A QUE EN TODA TRANSACCION U OPERACION SOBRE BIENES DE TERCEROS, INTERVENGAN DOS O MAS EMPLEADOS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA GARANTIA ACARREARA LA TERMINACION DEL AMPARO OTORGADO POR ESTE ANEXO DESDE EL MOMENTO DE SU INFRACCION.
PRIMA ANUAL: 50% DE LA PRIMA COBRADA POR EL AMPARO BASICO.
ERRORES, INEXACTITUDES U OMISIONES
EL TOMADOR ESTA OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DE RIESGO; SIN EMBARGO, SI SE

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-42-101001703

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001703	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
26	03	2025	24	03	2025	24:00	24	03	2026	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:		Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS			**860.020.283-3**
Dirección: CL 4 NRO. 12 - 41	**Ciudad:** GUADUAS, CUNDINAMARCA	**Teléfono:**	3223770441

Adicional:

- Continuación -

INCURRE EN ERRORES, OMISIONES O INEXACTITUDES IMPUTABLES AL TOMADOR O AL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERA NULO NI HABRA LUGAR PARA LA APLICACION DEL INCISO TERCERO DEL ARTICULO 1058 DEL CODIGO DEL COMERCIO SOBRE REDUCCION PORCENTUAL DE LA PRESTACION ASEGURADA. EN ESTE CASO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO PODRA CORREGIR CUALQUIER ERROR INVOLUNTARIO QUE HAYA COMETIDO COMO CONSECUENCIA DE UNA OMISION, ERROR O INEXACTITUD.

FIRMAS ESPECIALIZADAS

LOS EMPLEADOS AL SERVICIO DE LOS CONTRATISTAS, YA SEAN PERSONAS NATURALES O JURIDICAS CONTRATADAS POR EL ASEGURADO PARA LA PRESTACION DE ALGUN SERVICIO, TALES COMO VIGILANCIA, ASEO, CAFETERIA, PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA, SE CONSIDERAN COMO SERVIDORES DEL ASEGURADO.

EXCLUSION DEL MILENIO

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES DE LA POLIZA, LAS CUALES PERMANECEN VIGENTES, LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA POLIZA NO ES APLICABLE NI A LAS PERDIDAS O DANOS DE CUALQUIER NATURALEZA O CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, NI A LOS GASTOS DE CUALQUIER INDOLE (PARA POLIZAS O COBERTURAS DE LUCRO CESANTE SE EXCLUIRAN LAS PERDIDAS DE BENEFICIOS, PERDIDAS DE UTILIDADES, LUCRO CESANTE, GASTOS ADICIONALES, Y PERDIDAS INDIRECTAS DE CUALQUIER CLASE), CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, O QUE CONSISTAN EN, O QUE SURJAN DE, O QUE ESTEN RELACIONADOS CON :

1. CUALQUIER FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO, FALLA, AVERIA O IMPOSIBILIDAD DE PROCESAMIENTO, SEA PARCIAL O TOTAL, DE:

A) LOS COMPUTADORES, OTROS EQUIPOS ELECTRONICOS, MECANICOS O DE COMPUTO CONECTADOS CON CUALQUIER COMPUTADOR, TODO HARDWARE, FIRMWARE O SOFTWARE, LOS PROGRAMAS, LOS DATOS, LOS EQUIPOS DE PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS, LOS MICROCHIPS Y CUALQUIER COSA QUE DEPENDA DE UN MICROCHIP O CHIP INCORPORADO, PARA CUALQUIER PARTE DE SU OPERACION O CUALQUIER DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS, SEAN ESTOS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O NO Y SE ENCUENTREN O NO ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA.

EL TERMINO MICROCHIP INCLUYE LOS CIRCUITOS INTEGRADOS, LOS MICROPROCESADORES Y LOS MICROCONTROLADORES.

B) LOS SISTEMAS, PROCESOS SERVICIOS O PRODUCTOS QUE DEPENDAN DE ALGUNO DE LOS OBJETOS MENCIONADOS EN EL LITERAL A).

2. CUALQUIER TOMA U OMISION DE MEDIDAS PREVENTIVAS O CORRECTIVAS TOMADAS PARA REMEDIAR, CORREGIR, CAMBIAR O CONVERTIR CUALQUIERA DE LOS OBJETOS O ASUNTOS MENCIONADOS EN LOS LITERALES A) Y B) DEL NUMERAL PRIMERO.

3. CUALQUIER TIPO DE ASESORAMIENTO, CONSULTA, DISENO, EVALUACION O INSPECCION.

4. CUALQUIER OBLIGACION DE PRESENTAR Y/O CUALQUIER ERROR EN LA PRESENTACION DE LOS COSTOS, GASTOS, HECHOS MATERIALES O EFECTOS FINANCIEROS PARA REMEDIAR, CORREGIR, CAMBIAR O CONVERTIR CUALQUIERA DE LOS OBJETOS O ASUNTOS MENCIONADOS EN LOS LITERALES A) Y B) DEL NUMERAL PRIMERO.

LAS PERDIDAS O DANOS, RESPONSABILIDAD CIVIL Y GASTOS A LOS QUE SE REFIERE LA PRESENTE EXCLUSION SON LOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE PROBLEMAS RELATIVOS AL RECONOCIMIENTO DE FECHAS, QUE PARA LOS PROPOSITOS DE LA PRESENTE CLAUSULA SIGNIFICAN CUALQUIER FALLA EN:

EL RECONOCIMIENTO DE CUALQUIER DATO REFERENTE A CUALQUIER FECHA COMO LA FECHA CALENDARIO REAL O COMO LA FECHA CALENDARIO QUE TAL DATO TENIA LA FINALIDAD DE REPRESENTAR.

LA CAPTURA , EL REGISTRO, PRESERVACION O CONSERVACION Y/O MANIPULACION, INTERPRETACION O PROCESAMIENTO CORRECTOS DE CUALQUIER DATO, INFORMACION, ORDEN O INSTRUCCION QUE SURJA CORNO CONSECUENCIA DE HABER TORNADO CUALQUIER DATO REFERENTE A CUALQUIER FECHA CORNO LA FECHA CALENDARIO REAL O CORNO LA FECHA CALENDARIO QUE TAL DATO TENIA LA FINALIDAD DE REPRESENTAR .

LA CAPTURA, EL REGISTRO, PRESERVACION O CONSERVACION Y/O MANIPULACION, INTERPRETACION O PROCESAMIENTO CORRECTOS DE CUALQUIER DATO, CORNO CONSECUENCIA DEL MANEJO DE CUALQUIER INFORMACION, COMANDO O INSTRUCCION PROGRAMADA DE CUALQUIER SOFTWARE O RED DE COMPUTADORES ENTENDIDO CORNO SE INDICA EN EL NUMERAL 1, CUANDO UNA INFORMACION, COMANDO O INSTRUCCION CAUSE PERDIDA DE DATOS O LA IMPOSIBILIDAD DE REGISTRAR, PRESERVAR, CONSERVAR Y/O MANIPULAR, INTERPRETAR O PROCESAR CORRECTAMENTE TAL DATO EN UNA FECHA CALENDARIO CUALQUIERA DESPUES DE UNA FECHA CALENDARIO CUALQUIERA.

EL CALCULO, COMPARACION, DIFERENCIACION, SECUENCIACION O PROCESAMIENTO DE DATOS QUE INVOLUCREN EL CAMBIO DE FECHA PARA EL ANO 2.000 O CUALQUIER OTRO CAMBIO DE FECHA , INCLUYENDO CALCULOS DE ANOS BISIESTOS, POR MEDIO DE CUALQUIER SISTEMA DE COMPUTACION COMO SE INDICA EN LOS LITERALES A) Y B).

CUALQUIER CAMBIO, ALTERACION O MODIFICACION QUE INVOLUCRE EL CAMBIO DE FECHA PARA EL ANO 2.000 O CUALQUIER OTRO CAMBIA DE FECHA, INCLUYENDO CALCULOS DE ANOS BISIESTOS, PARA CUALQUIER EQUIPO DE COMPUTACION COMO SE INDICA EN LOS LITERALES A) Y B).

01-092003-1329-P-13-E-MAGE.007A

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-42-101001703

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ