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	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 06 / 2025	20 / 06 / 2025	26 / 02 / 2026	20 / 06 / 2025	26 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA A	38716	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 2,000,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20,000,000.00 $ 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:	$ *****2,000,000,000.00	PRIMA:	$ *******893,972,603.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 2 M		IVA:	$ *******169,854,794.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *****1,063,827,397.00

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.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11006620081843(3900)001063827397(96)20260620

REFERENCIA PAGO: 1100662008184-3

33-03-101036110

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JAIMEGOMEZ

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 06 / 2025	20 / 06 / 2025	26 / 02 / 2026	20 / 06 / 2025	26 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA A CLIENTE	38716	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO





TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,000,000,000.00	PRIMA:	$ *******893,972,603.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 2 M		IVA:	$ *******169,854,794.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *****1,063,827,397.00

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)11006620081843(3900)001063827397(96)20260620

REFERENCIA PAGO: 1100662008184-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E NIT No. 900.958.564-9

ASEGURADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E NIT No. 900.958.564-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

VIGENCIA:
DESDE: LAS 24:00 HORAS DEL 20 DE JUNIO DE 2.025
HASTA: LAS 24:00 HORAS DEL 26 DE FEBRERO DE 2.026

OBJETO DEL SEGURO:
AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, QUE GENEREN UN PERJUICIO POR ACCION U OMISIONES DE SUS FUNCIONARIOS, POR LESIONES PERSONALES O MUERTE QUE SE OCASIONEN A TERCEROS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO MEDICO, QUIRURGICO, DENTAL O DE ENFERMERIA LEGALMENTE HABILITADO PARA EJERCERSE Y PRESTADO DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y-O EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO.

MODALIDAD SEGURO POR OCURRENCIA

VALOR ASEGURADO: 2.000.000.000 EVENTO-VIGENCIA

AMPAROS Y COBERTURAS BASICAS OBLIGATORIAS:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CUALQUIER ACTO MEDICO DE CLINICAS Y HOSPITALES (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E) ES U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS.

ACTOS DE RESPONSABILIDAD QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y-O DE LOS PROFESIONALES Y-O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACION AL ACTO MEDICO,
ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y-O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.
LESIONES CORPORALES A TERCEROS, POR SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE LA INSTITUCION ASEGURADA.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL COMETIDA POR PERSONAL MEDICO ADSCRITO O AUTORIZADO MEDIANTE UN CONVENIO ESPECIAL, SIEMPRE Y CUANDO FIGURE EN UNA RELACION QUE SE ADHIERE A ESTE SEGURO Y FORMA PARTE DE ESTA.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE EQUIPOS MEDICOS CON FINES DE TRATAMIENTO, DE TERAPIA O DE DIAGNOSTICO, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO BAJO SUPERVISION DIRECTA.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA COMO CONSECUENCIA DE LA ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA ACCION LEGAL.
GASTOS Y COSTOS POR CAUCIONES JUDICIALES O FIANZAS, SUBLIMITADO 2% POR EVENTO Y POR VIGENCIA. DE IGUAL FORMA SE TENDRA UNA TASA MAXIMA PARA LA CONSTITUCION DE DICHAS CAUCIONES.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGIAS PRACTICAS O ESTETICAS QUE ESTEN CONTEMPLADAS DENTRO DEL POS, O COMO CONSECUENCIA DE UN FALLO EMITIDO A FAVOR DE UN PACIENTE POR TUTEA, COMO CIRUGIAS VARIATICAS, RECONSTRUCCION DEL SENO, CIRUGIAS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O POR CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS DE ANOMALIAS CONGENITAS. SE OFRECE UNICAMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD CONGENITA. SE EXCLUYE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE PROCEDIMIENTOS ESTETICOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO

LIMITES SOLICITADOS:
GASTOS MEDICOS EXCLUYE PERSONAL DEL ASEGURADO: $ 15.000.000 EVENTO-VIGENCIA
DANOS MORALES POR EVENTO 25% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.
GASTOS Y COSTOS DE DEFENSA POR EVENTO $ 15.000.000 Y $ 100.000.000 POR VIGENCIA.

CLAUSULAS OBLIGATORIAS:
AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS
AMPLIACION PLAZO DE AVISO DE SINIESTRO A (60) DIAS.
REVOCACION DE LA POLIZA CON AVISO PREVIO DE (60) DIAS
NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS.
REQUISITOS PARA PAGO DE INDEMNIZACION
CLAUSULA COMPROMISORIA
AMPARAR LOS COSTOS E INTERES POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LA ENTIDAD DESDE LA SENTENCIA SE DECLARE EN FIRME O DESDE QUE SE PRONUNCIE EL LAUDO ARBITRAL, O DESDE EL ACUERDO CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL HASTA CUANDO LA COMPANIA HAYA REEMBOLSADO A LA ENTIDAD EN TALES GASTOS.
EXPERTICIO TECNICO Y-O PROFESIONAL.

DEDUCIBLE:
15% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO $20.000.000

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

-

PLAZO PARA PAGO DE PRIMAS: EL INDICADO EN EL PLIEGO DE CONDICIONES - 60 DIAS.

-

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.

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:

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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.

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
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.

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
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 ACOMPAÑARA 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

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101036110	0

TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	7300000
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			NIT	900.958.564-9
DIRECCION	CR 20 NRO. 47 B - 35 SUR	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	7300000
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