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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	**PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER**			CC	**1.022.440.802**
DIRECCION	**CALLE 25 N 4 - 31**	CIUDAD	**FUNZA, CUNDINAMARCA**	TELEFONO	**3222319126**
ASEGURADO	**PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER**			CC	**1.022.440.802**
DIRECCION	**CALLE 25 N 4 - 31**	CIUDAD	**FUNZA, CUNDINAMARCA**	TELEFONO	**3222319126**
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)
18 / 01 / 2021	**16 / 01 / 2021**	**31 / 12 / 2021**	**16 / 01 / 2021**	**31 / 12 / 2021**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
MIRYAM ALEYDA ACOSTA AYALA	963337	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 90,852,600.00**		
	ERRORES U OMISIONES	**$ 90,852,600.00**		

DEDUCIBLES: º 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE POLIZA AMPARA EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE AL PROFESIONAL DE LA SALUD DE PAULA MELISSA RODRIGUEZ MALAVER Y A LA LA NACION - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - JEFATURA SALUD FUERZA AEREA NIT No. 901.440.176-3,DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA,PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MEDICO FUERZA AREA (DMEFA) Y/O PARA EL CENTRO DE COORDINACIN DE ATENCIoN PRIMARIA (CECAP) EN EJECUCION UNICA Y EXCLUSIVAMENTE DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.04-07-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2021 CELEBRADO ENTRE PAULA MELISSA RODRIGUEZ MALAVER Y NACION - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - JEFATURA SALUD FUERZA AEREA; SIEMPRE QUE SE DEMUESTRE QUE EXISTE RESPONSABILIDAD EN CABEZA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, Y SIEMPRE QUE LOS HECHOS POR LOS QUE SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DENTRO DE LOS PREDIOS DEL CONTRATANTE Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********90,852,600.00	PRIMA:	$ ************70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************13,300.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ************83,300.00

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 45 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: AVENIDA 39 NO 7-88, TELÉFONO 2881662 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11001109099953(3900)000000083300(96)20210302

REFERENCIA PAGO:
1100110909995-3

12-03-101003699

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
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)
18 / 01 / 2021	16 / 01 / 2021	31 / 12 / 2021	16 / 01 / 2021	31 / 12 / 2021

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
MIRYAM ALEYDA ACOSTA AYALA CLIENTE	963337	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********90,852,600.00	PRIMA:	$ ************70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************13,300.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ************83,300.00

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 45 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.

AVENIDA 39 NO 7-88, TELÉFONO 2881662 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11001109099953(3900)000000083300(96)20210302

REFERENCIA PAGO: 1100110909995-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-001A-DOOI
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

LIMITE ASEGURADO
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.

1.AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, 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 PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA O IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.
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.

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, 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.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:

ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:S
2.1SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:S SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL 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.
NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO DE EXCLUSIONES DE ESTA COTIZACION.
2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3GASTOS 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, 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 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 SEGUROS.

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.

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, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR:

OPCION NO. 1
$9.856.660

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA

AMPARO BASICO

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MDICOS

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SUBLIMITE Los sublmites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.

GASTOS DE DEFENSALIMITE POR :OPCION NO 1
EVENTO $9.085.660
VIGENCIA $ 18.171.320

DEDUCIBLES :

GASTOS DE DEFENSA : DEMAS AMPAROS :10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

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 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 O UN TIEMPO 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.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES 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 Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). 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 DE TIPO ESTETICO 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.
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.
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.
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.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA 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 LA 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. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LO MODIFIQUEN, QUE DICE:
CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
A.QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?
B.QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?
C.QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,
CASO EN EL CUAL 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 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 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 DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.
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.ORGANISMOS PATOGENICOS.
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.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION/ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC.
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 OTRA ENTIDAD.
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.
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 CORRESPONDIENTE.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE 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.OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO.
50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51.51.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.
52.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:
53.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
54.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
55.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.
56.SE EXCLUYEN LAS 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 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
57.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
58.SE EXCLUYE 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.
59.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.
60.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA ASEGURADA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
61.EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96
1.ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD.

2.COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:

A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:
I.LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y
II.EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASEOSO; O ENTRE ORGANISMOS.

AMBITO TERRITORIAL LEGISLACION APLICABLE CONDICIONES ADICIONALES SUBJETIVIDADES INTERMEDIARIO SEGUROS VIGENCIA COTIZACION:

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. LOS TERMINOS AQUI INCLUIDOS ESTAN SUJETOS A RECIBIR LA SIGUIENTE INFORMACION Y SER CONFIRMADA SU ACEPTACION POR PARTE DE SEGUROS DEL ESTADO S.A ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA:

TARJETA PROFESIONAL RELACION DE SINIESTROS PAGADOS Y RESERVADOS DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS.

GERENCIA DE SEGUROS GENERALES
SEGUROS DEL ESTADO S.AS

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL
PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

CONDICIONES GENERALES
MODALIDAD OCURRENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A, QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARA SEGURESTADO, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD, LA CUAL DEBE CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN SU OPERACION EN EL TERRITORIO NACIONAL.

S E C C I O N I
COBERTURAS

1.AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, 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 PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA O IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

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.

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, 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.

2.EXTENSIONES COBERTURA BASICA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES A CONSECUENCIA DE:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL 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.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE 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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

2.4GASTOS 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, 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 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 SEGUROS.

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.

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, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

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 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 O UN TIEMPO 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.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

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

5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES 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 Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). 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 DE TIPO ESTETICO 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 FECUNDADION 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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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.

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 LA 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. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LO MODIFIQUEN, QUE DICE:

CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?
B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?
C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,

CASO EN EL CUAL 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 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 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 DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.

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.ORGANISMOS PATOGENICOS.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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 OTRA ENTIDAD.

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.

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 CORRESPONDIENTE. 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 DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE 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.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

47.OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

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

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO.

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

51.SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION POR 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.

52.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 seguro se entendera por cada uno de los terminos relacionados a continuacion, lo siguiente:

1.ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA: Conjunto de procedimientos clinicos profesionales prestados a pacientes por el asegurado y/o el personal de la salud a su servicio 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 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 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: Es la persona natural titular del riesgo y del interes asegurable objeto del presente contrato de seguro, debidamente nombrada como tal en la caratula de la poliza.

4.DEDUCIBLE: Es el monto o porcentaje del daño 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 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.

5.SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño 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 daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas. La responsabilidad maxima de SEGURESTADO por dicho daño 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.

6.PACIENTE: Es la persona natural atendida por el asegurado 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.

7.TERCERO AFECTADO: Es la persona natural o juridica que resulta afectada o damnificada 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, compañero permanente y los parientes del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

B. Las personas vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestacion de servicios, asi como los socios del asegurado, y los contratistas y subcontratistas a su servicio, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes del asegurado.

8.VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es la suma de dinero señalada 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 daños y/o costos que excedan el limite agregado de responsabilidad aplicable, una vez este haya sido agotado por el pago de daños 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 poliza.

9.VIGENCIA DEL SEGURO: Es el periodo de cobertura comprendido entre las fechas de inicio y terminacion que aparecen señaladas en la caratula de la poliza o sus anexos, durante las cuales el asegurado realiza las actividades relacionadas con la profesion de la salud asegurada y entre las cuales debe ocurrir el acto o hecho dañoso por el cual se imputa la responsabilidad al profesional de la salud 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:

-Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan.

-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.PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADO: Profesionales en medicina, odontologia, enfermeria, tecnicos y auxiliares en carreras o programas relacionados con el sector de la salud, realizados en una universidad o institucion de educacion superior acreditada en Colombia por el ministerio de educacion nacional o quien haga sus veces, o en una institucion de educacion en el extranjero siempre que el titulo profesional, tecnico o auxiliar sea homologado en Colombia por la autoridad competente.

13.PERJUICIOS PATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios patrimoniales el daño emergente y el lucro cesante del paciente, tercero afectado y/o sus causahabientes que haya sido causado por el asegurado en la poliza y por el cual este sea civilmente responsable.

14.PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios extrapatrimoniales el daño moral, daño a la vida en relacion, daño 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 daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

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 extraña, 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.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.OBLIGACIONES DEL ASEGURADO/TERCERO AFECTADO EN CASO DE 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.CONSENTIMIENTO
Dada la naturaleza de este seguro, el asegurado no podra admitir su responsabilidad, ni realizar acuerdos de conciliacion 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 la aseguradora 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 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
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.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CENTRO INTERNACIONAL	EMISION ORIGINAL	12-03-101003699	0

TOMADOR	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
ASEGURADO	PAULA MELISA RODRIGUEZ MALAVER			CC	1.022.440.802
DIRECCION	CALLE 25 N 4 - 31	CIUDAD	FUNZA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3222319126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 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.

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL
PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD
FORMA 12/08/2019 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
FORMA 30/09/2011 - 1329 - NT-9 - 06 - E-RCE-001A