



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 21-03-101013584	ANEXO No. 0
TOMADOR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			NIT	900.959.051-7
DIRECCION DIAGONAL 34 NO. 5-43			CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			NIT	900.959.051-7
DIRECCION DIAGONAL 34 NO. 5-43			CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 21 / 08 / 2020	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 08 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 04 / 2021		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 08 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 04 / 2021	
INTERMEDIARIO SEGUROS CAPITAL LTDA ASESORES	CLAVE 62867	% PARTICIPACION 100.00	COASEGURO CEDIDO COMPANIA % PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 4,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 4,000,000,000.00		
DEDUCIBLES: ° 2.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES				

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****4,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****146,465,753.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****27,828,493.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****174,294,246.00

TERMINO 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 SERA A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA POLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11005125126518 (3900) 000174294246 (96) 20210822

REFERENCIA
PAGO:
1100512512651-8

TESTADO
21-03-101013584

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal Cra. 1° No. 90-23 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

Firma del Cliente

TOMADOR

JHONCAMELO

1



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY		21-03-101013584	0
TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3444484
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3444484
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES CLINICAS Y HOSPITALES

TOMADOR/ASEGURADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

BENEFICIARIOS TERCEROS QUE SUFRAN DAÑOS Y PERJUICIOS INDEMNIZABLES, INCLUYENDO CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURIDICA.

CONDICIONES BASICAS OBLIGATORIAS 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: CLAIMS MADE

VALOR ASEGURADO:

SEGURO DE R.C. PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES OFERTA BASICA \$ 4.000.000.000

AMPAROS Y COBERTURAS BASICAS OBLIGATORIAS

>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 SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE LA ENTIDAD 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 GRUPO 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, SOLICITUD DE SUBLIMITE DEL 10% POR EVENTO Y 30% POR VIGENCIA. DE IGUAL FORMA SE TENDRA UNA TASA MAXIMA PARA LA CONSTITUCION DE DICHAS CAUCIONES.

>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGIAS PLASTICAS O ESTETICAS QUE ESTEN CONTEMPLADAS DENTRO DEL POS, O COMO CONSECUENCIA DE UN FALLO EMITIDO A FAVOR DE UN PACIENTE POR TUTELA, 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.

>COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ESTUDIOS Y ENSAYOS CLINICOS PATROCINADOS POR ENTIDADES VARIAS, DE ORDEN NACIONAL O INTERNACIONAL.

>LA PRESENTACION DE FIANZAS INCLUIDAS LOS EMBARGOS SUBLIMITADO A \$50.000.000 EVENTO/VIGENCIA

>CONDENA EN COSTAS E INTERESES DE MORA ACUMULADOS A CARGO DEL ASEGURADO.

>NO SUBROGACION CONTRA EMPLEADOS DEL ASEGURADO SALVO DOLO

LIMITES SOLICITADOS:

>GASTOS MEDICOS EXCLUYE PERSONAL DEL ASEGURADO: POR EVENTO 10% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.

>DAÑOS MORALES POR EVENTO 25% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.

>GASTOS Y COSTOS DE DEFENSA POR CUALQUIER DEMANDA CIVIL ENTABLADA CONTRA EL ASEGURADO, SUBLIMITADO POR EVENTO 20% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY		21-03-101013584	0
TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
		TELEFONO	3444484
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		TELEFONO	3444484
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CLAUSULAS ADICIONALES OBLIGATORIAS

- >FECHA DE RETROACTIVIDAD: SIN QUE SE HUBIESE PRESENTADO INTERRUPCION, A PARTIR DEL 02 DE ABRIL DE 2010.
- >MODALIDAD DE RECLAMACION: EL SISTEMA BAJO EL CUAL OPERA LA PRESENTE POLIZA ES POR NOTIFICACION DE INVESTIGACIONES Y/O PROCESOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DERIVADOS DE HECHOS OCURRIDOS EN EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO.
- >LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE 24 MESES: SOLO OPERA CUANDO LA POLIZA ES REVOCADA O NO RENOVADA, ESTA EXTENSION SE DEBE SOLICITAR VEINTE (20) HABILES ANTES DE LA FECHA DE TERMINACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. EL COSTO DE LA EXTENSION NO PODRA SER MAYOR AL 100% DE LA PRIMA ANUAL DE LA ULTIMA VIGENCIA.
- >AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES, AVISO (120) DIAS.
- >AMPLIACION PLAZO DE AVISO DE SINIESTRO A (120) DIAS.
- >REVOCACION DE LA POLIZA CON AVISO PREVIO DE (120) DIAS.
- >ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES.
- >NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS.
- >EVENTOS ADVERSOS.
- >REQUISITOS PARA PAGO DE INDEMNIZACION. CON ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 60%, PREVIA DEMOSTRACION DE LA OCURRENCIA Y CUANTIA
- >COBERTURA DE POLUCION Y CONTAMINACION ACCIDENTAL
- >RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL
- >ARBITRAMIENTO.
- >DESIGNACION DE AJUSTADORES
- >CLAUSULAS DE DIFERENCIAS CONTRACTUALES.
- >CONOCIMIENTO DEL RIESGO
- >CLAUSULA DE BONIFICACION POR BUENA EXPERIENCIA.
- >AMPLIACION DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD.
- >REDUCCION Y RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DEL LIMITE ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.
- >AMPARAR LOS COSTOS E INTERES POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LA ENTIDAD DESDE QUE LA SENTENCIA SE DECLARE EN FIRME O DESDE QUE SE PRONUNCIE EL LAUDO ARBITRAL, O DESDE EL ACUERDO CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL HASTA CUANDO LA COMPAÑIA HAYA DESEMBOLSADO A LA ENTIDAD EN TALES GASTOS.
- >EXPERTICIO TECNICO Y/O PROFESIONAL.
- CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS
- >INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL.
- >PROPIETARIOS, ARRENDATARIOS, O POSEEDORES PARA CUBRIR CUALQUIER GASTO QUE LEGALMENTE DEBA PAGAR LA ENTIDAD POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE LLEGARE A IMPUTARSELE EN SU CALIDAD DE ARRENDATARIO O POSEEDOR.
- >ANTICIPO DE INDEMNIZACION DE 60% SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA.