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	33-03-101038459	0

TOMADOR	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
ASEGURADO	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
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)
06 / 02 / 2026	20 / 01 / 2026	20 / 01 / 2027	20 / 01 / 2026	20 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SEGUROS EL ROBLE LTDA	164145	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAP.	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		$ 0.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100.000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % . en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

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

PERJUICIO PATRIMONIAL		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 600,000,000.00
		$ 600,000,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % . - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******600,000,000.00	PRIMA:	$ ********18,311,147.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********3,479,117.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********21,790,264.00

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 DÍAS 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 07.16.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100682076852S(3900)0000213[illegible](96)20270120

REFERENCIA PAGO: 1100682076852-5

33-03-101038459

FIRMA AUTORIZADA

JAIMEGOMEZ

CLIENTE

TOMADOR

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	33-03-101038459	0

TOMADOR	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
ASEGURADO	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

1.VALOR ASEGURADO

SEISCIENTOS MILLONES DE M/CTE. ($600.000.000) EVENTO / VIGENCIA

2.VIGENCIA

DESDE EL 20 DE ENERO DEL 2026 A LAS 24:00 HORAS HASTA EL 20 DE ENERO DEL 2027 A LAS 24:00 HORAS.

3.PROFESIONALES INFORMADOS

ESPECIALIDAD No.	No. DE ESPECIALITAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA	11
BACTERIOLOGIA	3
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	2
AUXILIAR DE LABORATORIO	1
FISIOTERAPEUTA	1
MEDICINA GENERAL	14
ODONTOLOGA	2
ORTOPEDIA	1
ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL	4
EPIDEMIOLOGIA	1
NUTRICIONISTA	1
PEDIATRA	1
VACUNACION	1
PSICOLOGA	2
RAYOS X AUXILIARES DE RAYOS X	2
GINECOBSTETRICIA	2
REGENTE DE FARMACIA	1

4.MODALIDAD DE COBERTURA

OCURRENCIA CUBRE LOS SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y QUE SEAN RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA O DURANTE LOS TERMINOS DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

5 OBJETO

PROTEGER A LA ENTIDAD ASEGURADA POR LAS PERDIDAS ORIGINADAS EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA QUE LE SEAN IMPUTABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, PROVENIENTES EN FORMA DIRECTA DE ALGUNO DE LOS RIESGOS CUBIERTOS A CONTINUACION. ESTE SEGURO AMPARA LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES INCLUYENDO DANO MORAL, DANO A LA SALUD, DANO A LA VIDA DE RELACION Y OTROS DANOS A BIENES O DERECHOS CONSTITUCIONALES PROTEGIDOS, LOS DANOS MATERIALES Y LUCRO CESANTE DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL QUE LE SEAN IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONA TERCEROS, CAUSADOS DIRECTAMENTE POR UN SERVICIO MEDICO, PARAMEDICO, MEDICO AUXILIAR, QUIRURGICO, PSICOLOGICO, DENTAL, DE ENFERMERIA Y/O RELACIONADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS CONTRATISTAS Y/O FIRMAS ESPECIALIZADAS, COOPERATIVAS, UNIONES TEMPORALES, ESTUDIANTES DE LA SALUD, CENTROS DE ENSENANZA DE LA SALUD, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO, .TERCEROS PRESTADORES DEL SERVICIO Y DEMAS SERVICIOS LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER Y PRESTADOS DENTRO Y/O FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER POR O EN NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO.

6.AMPARO BASICO

A.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD: LA COMPANIA DE SEGUROS AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO, DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD, ANTE TAL SUPUESTO INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA 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 (PROFESIONAL, AUXILIAR), QUE ESTE VINCULADO CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES, O EN ACTIVIDADES AL SERVICIO DE LA ENTIDAD Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
ES POLIZA INCLUYE DENTRO DE SU COBERTURA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR ERRORES EN LA INTERPRETACION Y LECTURA ELECTROMAGNETICA DE DATOS EN EXAMENES Y MEDIOS DE DIAGNOSTICO
CUBRE LOS DANOS CAUSADOS A PACIENTES MIENTRAS ESTEN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, QUE SE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCION DE UN ACTO MEDICO.

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	33-03-101038459	0

TOMADOR	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
ASEGURADO	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

b.GASTOS DE DEFENSA: LA COMPAÑIA DE SEGUROS INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, SUBLIMITADO AL 15% POR EVENTO Y 30% POR VIGENCIA DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES, Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO EN PROCESO JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, EN EL 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 O SU PERIODO DE RETROACTIVIDAD Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.
LA ASEGURADORA RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, SIN PREVIA AUTORIZACION DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS, SIEMPRE Y CUANDO SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.
EN LOS PROCESOS PENALES Y EL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO 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 UN HECHO DOLOSO PARA LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS.
c.GASTOS JUDICIALES, PERITAZGO, CONCEPTOS, AVALUOS: LA ASEGURADORA RECONOCERA EL PAGO EN QUE HAYA TENIDO QUE INCURRIR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE GASTOS JUDICIALES, PERITAZGO, CONCEPTOS, AVALUOS SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA.
d.COSTOS PARA LA CONSTITUCION DE CAUCIONES: CUBRE LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCION DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES.
LA COMPAÑIA NO ESTA OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCION CORRESPONDIENTE, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCION GENERA, EL CUAL SE PAGARA EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACION POR PARTE DE LA ASEGURADORA.
e.COSTAS DEL PROCESO: AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑIA, LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA POLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADICIENDO ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑIA. SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACION EXCEDE EL LIMITE ASEGURADO, LA COMPAÑIA SOLO RESPONDERA POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCION A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACION.
f.PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES. INCLUYENDO DAÑO MORAL, DAÑO A LA SALUD, DAÑO A LA VIDA DE RELACION OTROS DAÑOS A BIENES O DERECHOS CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS. SUBLIMITADO A 100 % POR EVENTO Y 100 % POR VIGENCIA

7.COBERTURAS ADICIONALES

a.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS. LA COMPAÑIA DE SEGUROS CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, INSUMOS QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGUPADO 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.
DENTRO DE ESTE AMPARO SE INCLUYE LA COBERTURA POR RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADA RESPONSABLE LA ENTIDAD ASEGURADA, COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNION, MEZCLA Y/O TRANSFORMACION HAYA SIDO REALIZACA POR LA INSTITUCION O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACION MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA MEDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACION OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
b.USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD. LA COMPAÑIA DE SEGUROS 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.
DENTRO DE ESTA COBERTURA SE ENCUENTRA PROTEGIDOS LOS DAÑOS QUE SE OCASIONEN POR EL USO, APLICACION Y POSESION DE EQUIPOS ESPECIALES TALES COMO:
EQUIPOS DE RADIOGRAFIA CON FINES DE DIAGNOSTICO.
EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIACTIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.
c.RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: LA COMPAÑIA DE SEGUROS CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO) POR.
LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO, 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.
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.
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.
LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA SUSTITUCION PROVISIONAL DE APARATOS MEDICOS O MEDICAMENTOS QUE EFECTUE UN PROFESIONAL QUE EJERZA LA MISMA ESPECIALIDAD DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.
d.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA CAUSADA POR PERSONAL MEDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLINICAS, HOSPITALES Y CENTROS MEDICOS. CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN LA EJECUCION DE UN ACTO MEDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCION DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCION, POR LOS MEDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACION LABORAL O CON AUTORIZACION ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCION PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MEDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.
e.AMPARO A PRACTICANTES Y APRENDICES: LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MEDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE O POST GRADO QUE REALICEN SUS PRACTICAS MEDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCION DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MEDICOS BAJO LA SUPERVISION Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MEDICO DEBIDAMENTE HABILITADO. TENIENDO EN CUENTA QUE EN DESARROLLO DEL CONVENIO ASISTENCIAL DEBEN INDICARSE CLARAMENTE LAS ETAPAS DE FORMACION DEL ESTUDIANTE DE PREGRADO O POSTGRADO A FIN DE QUE PUEDA DISTINGUIRSE CUANDO LA SUPERVISION DEBE SER PRESENCIAL Y CUANDO NO.

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	33-03-101038459	0

TOMADOR	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
ASEGURADO	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

f.AMPARO DE GASTOS MEDICOS INMEDIATOS: BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS COSTOS DE LA PROVISION DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MEDICOS INMEDIATOS INCURRIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POR LAS CLINICAS, HOSPITALES Y CENTROS MEDICOS ASEGURADOS EN LA ATENCION DE LAS LESIONES PERSONALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS POR ESTA POLIZA. SUBLIMITADO AL 15% POR EVENTO Y 30% POR VIGENCIA DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA.
g.DANOS OCASIONADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA: BAJO ESTA COBERTURA SE CUBREN LOS DANOS OCASIONADOS A PACIENTES POR LA APLICACION DE ANESTESIA SEA LOCAL Y/O GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO EFECTOS DE LA MISMA SIEMPRE Y CUANDO EL PROCEDIMIENTO SEA REALIZADO POR UN PROFESIONAL MEDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE LA INSTITUCION.
h.COBERTURA PARA CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS: BAJO ESTA COBERTURA SE PROTEGE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS CON OCASION DE LAS CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS REQUERIDAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE, ENFERMEDAD O AGRESION ASI COMO LAS CIRUGIAS CORRECTIVAS DE ANOMALIAS CONTINGENCIAS Y TODAS AQUELLAS ORDENADAS POR MANDATO LEGAL SIEMPRE Y CUANDO SEAN DESTINADAS A PRESERVAR LA SALUD DE LA PERSONA EN CUALQUIERA DE ESTOS CASOS QUEDA EXCLUIDA EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO EN LA INTERVENCION.
i.CULPA GRAVE: CUBRE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LOS PACIENTES Y/O TERCEROS ORIGINADOS CON CULPA GRAVE.

8 CLAUSULAS ADICIONALES

PARA AQUELLAS CLAUSULAS Y/O CONDICIONES ADICIONALES PARA LAS QUE NO SE INDIQUE SUBLIMITE SE ENTENDERA QUE ESTAS OPERAN AL 100%

a.AMPLIACION DEL PLAZO PARA AVISO DE REVOCACION DE LA POLIZA A 90 DIAS: LA POLIZA PODRA SER REVOCADA UNILATERALMENTE POR LA COMPANIA, MEDIANTE NOTIFICACION ESCRITA CERTIFICADA ENVIADA AL ASEGURADO A SU ULTIMA DIRECCION REGISTRADA, CON UNA ANTICIPACION NO MENOR DE NOVENTA (90) DIAS. LOS DIAS DE ANTICIPACION DEL AVISO SERAN CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCION POR PARTE DEL ASEGURADO DE LA NOTICIA ESCRITA CERTIFICADA.
b.AMPLIACION DEL PLAZO PARA AVISO DE NO RENOVACION O PRORROGA DE LA POLIZA. EN EL CASO DE QUE LA ASEGURADORA DECIDA NO RENOVAR O PRORROGAR LA POLIZA, DEBERA DAR AVISO DE ELLO AL ASEGURADO CON NO MENOS DE NOVENTA (90) DIAS DE ANTELACION A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA POLIZA, EN CASO CONTRARIO SE DARA POR ENTENDIDO QUE LA ASEGURADORA ACEPTA LA RENOVACION, PREVIA AUTORIZACION DE LA ENTIDAD.
c.AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES, AVISO 120 DIAS. MEDIANTE LA PRESENTE CONDICION, EL OFERENTE SE COMPROMETE A EXTENDER AUTOMATICAMENTE LA COBERTURA DEL SEGURO, EN LOS MISMOS TERMINOS Y LIMITACIONES ESTABLECIDOS EN ESTA POLIZA, PARA AMPARAR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL POR NUEVAS OPERACIONES Y/O EL USO, POSESION Y DEMAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NUEVOS PREDIOS QUE ADQUIERA EL ASEGURADO O SOBRE LOS CUALES OBTENGA EL DOMINIO O CONTROL.
d.DIFERENCIAS CONTRACTUALES: LAS DIFERENCIAS QUE SE SUSCITEN ENTRE LA ASEGURADORA Y SU ASEGURADO EN RELACION CON LOS SINIESTROS QUE AFECTEN LA PRESENTE POLIZA Y SOBRE LAS CUALES NO EXISTA UN ACUERDO, SERAN SOMETIDAS A LA DECISION DE PERITOS O EXPERTOS EN LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLA EL ASEGURADO.
e.NO SUBROGACION CONTRA EMPLEADOS DEL ASEGURADO, SALVO DOLO.
f.CLAUSULA DE ARBITRAMENTO. LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO, SERAN SOMETIDAS A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO QUE ESTARA INTEGRADO POR TRES ARBITROS NOMBRADOS POR CADA UNA DE LAS PARTES, LOS DOS PRIMEROS, Y UN TERCERO NOMBRADO POR UN CENTRO DE CONCILIACION O JUZGADO EN TUNJA
g.ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES. EL TOMADOR ESTA OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO. LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDAS POR LA COMPANIA, LA HUBIEREN RETRAIDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS, PRODUCE LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO. SIN EMBARGO, MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA SE ACEPTA QUE, SI LA ENTIDAD INCURRIERE EN ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES IMPUTABLES AL TOMADOR O AL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERA NULO NI HABRA LUGAR A LA APLICACION DEL INCISO TERCERO DEL ARTICULO 1058 DEL CODIGO DE COMERCIO SOBRE REDUCCION PORCENTUAL DE LA PRESTACION ASEGURADA. EN ESTE CASO SE DEBERA PAGAR LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.
h.AMPLIACION DEL PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO. SE AMPLIA EL PLAZO AL ASEGURADO PARA AVISAR EL SINIESTRO A LA COMPANIA DE SEGUROS HASTA 120 DIAS A LA FECHA EN QUE LO HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER.
i.CONOCIMIENTO DEL RIESGO. LA ASEGURADORA MANIFIESTA QUE CONOCE EL RIESGO Y QUE PARTIENDO DE ESTA BASE HA HECHO LA TASACION Y HA ESTABLECIDO LOS TERMINOS Y CONDICIONES PARA LA PRESENTACION DE SU PROPUESTA Y POSTERIOR CONTRATACION DE LA COBERTURA. POR CONSIGUIENTE, DEJA CONSTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE LOS RIESGOS, LAS CIRCUNSTANCIAS Y CONDICIONES DE LOS MISMOS. LA ASEGURADORA, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, TENDRA EL DERECHO DE EVALUAR EL RIESGO ASEGURADO, EN CUALQUIER DIA Y HORA HABILES PREVIA AUTORIZACION POR PARTE DEL ASEGURADO Y SIN QUE LO PROPIO GENERE COSTOS A CARGO DEL ASEGURADO.
j.DESIGNACION DE AJUSTADORES DE MUTUO ACUERDO. EN CASO DE SINIESTROS AMPARADOS POR LA PRESENTE POLIZA QUE REQUIERAN LA ASIGNACION DE UN PERITO AJUSTADOR, LA ASEGURADORA REMITIRA AL ASEGURADO UNA LISTA DE TRES (3) FIRMAS AJUSTADORAS. EL ASEGURADO SELECCIONARA UNA DE LAS FIRMAS Y SE LO COMUNICARA A LA COMPANIA DE SEGUROS.
k.MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES DE LA POLIZA QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO A FAVOR DEL ASEGURADO, SIN QUE IMPLIQUEN UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS A LA POLIZA.
l.NO APLICACION DE GARANTIAS. MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE, NO OBSTANTE, LO QUE SE ESTABLEZCA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA, LA COMPANIA NO IMPONDRA AL ASEGURADO EL CUMPLIMIENTO DE DETERMINADA GARANTIA NI A CUMPLIR DETERMINADA EXIGENCIA
m.RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO HASTA 1 VEZ CON COBRO DE PRIMA A PRORRATA. LA CUANTIA DE TAL PERDIDA SE CONSIDERARA INMEDIATAMENTE RESTABLECIDA DESDE EL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO. EL RESTABLECIMIENTO OFRECIDO POR ESTA CONDICION DARA DERECHO A LA COMPANIA AL COBRO DE LA PRIMA, A PRORRATA, CORRESPONDIENTE AL MONTO RESTABLECIDO, DESDE LA FECHA DE LA PERDIDA HASTA EL VENCIMIENTO DE LA POLIZA, EXPEDICION DE CUYO CERTIFICADO DE SEGURO REALIZARA UNA VEZ EFECTUADO EL PAGO DE LA INDEMNIZACION.

9 DEDUCIBLES:

A.GASTOS MEDICOS: SIN DEDUCIBLE
B.GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
C.DEMAS AMPAROS: 15% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 10 SMLMV

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALLE 100	EMISION ORIGINAL	33-03-101038459	0

TOMADOR	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
ASEGURADO	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			NIT	860.037.592-9
DIRECCION	CALLE 3 NO 6-31	CIUDAD	TENJO, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8646139
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONDICIONADO GENERAL 07/10/2022 - 1329 - P -06 - 0000000E-RC-004A- D 001