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.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032573	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** NIT **800.006.850-3**

DIRECCION **CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA** CIUDAD **SOACHA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **7815748**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** NIT **800.006.850-3**

DIRECCION **CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA** CIUDAD **SOACHA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **7815748**

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)
30 / 03 / 2026	05 / 03 / 2026	05 / 03 / 2027	05 / 03 / 2026	05 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DMA SEGUROS LTDA	184610	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

–

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,200,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 1,200,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 60,000,000.00
	E&O – RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 1,200,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH – $ 30,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,200,000,000.00	PRIMA:	$ *******154,924,893.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********29,435,729.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******184,360,622.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 11005141575641 (3900) 000184360622 (96) 20270305

REFERENCIA PAGO:

1100514157564-1

21-03-101032573

FIRMA AUTORIZADA

JAIRORTIZ

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.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032573	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
ANEXO 8 - ANEXO TECNICO PARA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES

1. OBJETO DEL SEGURO:
AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y LAS LESIONES PERSONALES QUE EL HOSPITAL CAUSE CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA SALUD, EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES POR PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O MEDICO AUXILIAR, FIRMAS ESPECIALIZADAS, COOPERATIVAS, UNIONES TEMPORALES, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO O TERCEROS PRESTADORES DEL SERVICIO, Y BAJO SUPERVISION DEL HOSPITAL.

2. INFORMACION GENERAL
TOMADOR:EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
ASEGURADO:EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
BENEFICIARIO:TERCEROS AFECTADOS UNICAMENTE

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD: ES LA CORRESPONDIENTE AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACION POTENCIAL.

MODALIDAD: OCURRENCIA PARA LA SECCION DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA; Y OCURRENCIA PARA LA SECCION DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL (INCLUYENDO LOS GASTOS MEDICOS).

3. VALORES ASEGURADOS Y SUBLIMITES:
LIMITE ASEGURADO: SUMA ASEGURADA PARA PERJUICIOS PATRIMONIALES, COMBINADO CON LA COBERTURAS ADICIONALES DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, GASTOS MEDICOS Y GASTOS DE DEFENSA. VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA: COP $1,200.000.000 EVENTO / VIGENCIA.
GASTOS DE DEFENSA: SUBLIMITADO A COP $10.000.000 PERSONA / PROCESO; COP $5.000.000 PERSONA / VIGENCIA; COP $30.000.000 POR EVENTO; Y COP $60.000.000 EN EL AGREGADO VIGENCIA DE LA POLIZA.
GASTOS MEDICOS: SUBLIMITADO A COP $5.000.000 PERSONA; COP $25.000.000 EVENTO; Y COP $60.000.000 EN EL AGREGADO VIGENCIA DE LA POLIZA.
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLIMITADO A COP $95.000.000 POR PERSONA O EVENTO; Y $150.000.000 EN EL AGREGADO VIGENCIA DE LA POLIZA.
CAUCIONES JUDICIALES: SUBLIMITADO A COP $10.000.000 POR EVENTO Y COP $30.000.000 EN EL AGREGADO VIGENCIA DE LA POLIZA.

4. AMPAROS:
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA:
INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZON A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCION EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD SI ESTE ES CONTRATADO Y RECLAMADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.
CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACION AL ACTO MEDICO, EN RELACION DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACION DE INDEMNIZAR, SEGUN SE DESCRIBE EN EL PUNTO ANTERIOR. EN ESTE CASO LA ASEGURADORA 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.
ASI MISMO, LA ASEGURADORA SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.
ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTIFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARACTER CIENTIFICO EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA ASEGURADORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACION DE LOS CUALES REPRESENTARIA EL ULTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAIZ DE SU CONDICION.
ACTOS MEDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCION, SUPERVISION O APROBACION, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CON HABILITACION LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS, EXCEPTO EN LOS CASOS EN QUE NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN EVENTO QUE CAUSE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MEDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE LA INSTITUCION ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA DEBERAN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MEDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERA CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACION O HABILITACION OFICIAL Y/O DEBERA HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACION O HABILITACION RESPECTIVA.
RESPONSABILIDAD POR TODO CONCEPTO DE COSTAS, GASTOS, INTERESES, CONSTITUCION DE CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O PREVISORA POR RAZON DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LOS SUBLIMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. PARA LA CONSTITUCION DE CAUCIONES SE TENDRA UNA TASA MAXIMA DEL 8%.
LA INDEMNIZACION ORIGINADA POR DAÑOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACION SE CUBRIRA HASTA EL SUBLIMITE ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, EL CUAL APLICARA DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO EN ADICION A ESTA.
ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL EVENTO, QUE DIERA ORIGEN A LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

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.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032573	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

A). QUE DICHO ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO.
B). QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE ESTA POLIZA, SU RENOVACION, O DURANTE EL PERIODO DE EXTENSION PARA DENUNCIAS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONDICIONADO GENERAL.

5. CONDICIONES PARTICULARES:
1. REVOCACION DE LA POLIZA, 30 DIAS
2. AMPLIACION DE AVISO DE SINIESTRO, 15 DIAS
3. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION, HASTA 24 MESES CON PREVIO AVISO DE 30 DIAS Y COBRO DE PRIMA ADICIONAL.
4. PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA NO SE CONSIDERAN COMO TERCEROS A:
A.LAS PERSONAS EN RELACION DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO.
B.LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SINDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURIDICA, MIENTRAS ESTEN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASION DE ESTE.
5. LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES.
6. LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS.
7. SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERAN CONSIDERADOS COMO TERCEROS CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCION MEDICA COMO PACIENTES DEL ASEGURADO.
8. DESIGNACION DE AJUSTADOR DE MUTUO ACUERDO
9. LOS SUBLIMITES Y COBERTURAS OFRECIDOS HACEN PARTE DE LA SUMA ASEGURADA Y NO EN ADICION A ESTA.
10. PARA LA EXPEDICION DE LA POLIZA ADEMAS DE LAS CONDICIONES GENERALES SE DEBE ADJUNTAR LAS CONDICIONES DE RC PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MEDICAS, EL ORIGINAL DEL FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO FECHADO Y FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD.
11. ESTA POLIZA NO OPERARA COMO CAPA PRIMARIA, DE OTRA POLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO
12. EL ASEGURADO SERA RESPONSABLE POR DECLARAR EL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO Y MANTENER INFORMADA A LA ASEGURADORA DE LOS CAMBIOS EN ESTE, SOBRE TODO EN LO RELACIONADO CON LOS RECLAMOS PRESENTADOS, TAL COMO LO ESTABLECEN LOS ARTICULOS 1058 Y 1060 DEL CODIGO DE COMERCIO.

6. EXCLUSIONES:
ADEMAS DE LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL CLAUSULADO GENERAL SALVO ESTIPULACION EXPRESA EN CONTRARIO, LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:
1. CIRUGIA COSMETICA (CIRUGIA PLASTICA PRACTICADA POR RAZONES CLARAMENTE DIFERENTES DE LA CORRECCION DE ANOMALIAS CONGENITAS O DESFIGURACION COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE
2. TODO TIPO DE RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SIDA/HIV Y/O HEPATITIS, CUALQUIERA QUE FUERE SU CAUSA U ORIGEN.
3. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPEUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
4. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCION ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCION O ADMINISTRACION, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SINDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
5. RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
6. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO.
7. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MEDICOS Y/U ODONTOLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
8. ACTOS MEDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACION DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACION DE DEPENDENCIA, NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MEDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDOSE A LA ACEPTACION, PRESCRIPCION, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y TRANSFUSION DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE AREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS ACTOS MEDICOS.
9. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRIA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
10. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
11. POR MEDIO DE LA PRESENTE CONDICION SE ELIMINA LA EXCLUSION NO. 3 DEL CONDICIONADO GENERAL Y ES REEMPLAZADA POR EL SIGUIENTE TEXTO:
12. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION
13. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELEFONO.
14. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE.
15. EL RESULTADO ESPERADO DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.
16. PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DOMICILIARIOS
17. RECLAMACIONES PROPIAS DE OTRA CLASE DE SEGUROS.
18. ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.
19. RENOVACION AUTOMATICA.
20. RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA
21. INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER NORMA LEGAL Y DE OPERACION QUE REGULAN LA MATERIA.
22. AMPARO PARA NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES.
23. R.C. PROFESIONAL DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

7. VALORES ASEGURADOS: $1.200.000.000

10. DEDUCIBLES:
GASTOS MEDICOS:SIN APLICACION DE DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.
DEMAS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 2 SMMLV.

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.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032573	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EXCLUSIONES:
A. EXCLUSION EPIDEMIAS Y PANDEMIAS: EN NINGUN CASO HABRA LUGAR A PAGO BAJO LOS AMPAROS DE LA PRESENTE POLIZA, NI ESTARAN CUBIERTAS LAS RECLAMACIONES QUE SE PRESENTEN CONTRA UN ASEGURADO, CUANDO CUALQUIERA DE LAS RESPONSABILIDADES CUBIERTAS BAJO LA PRESENTE POLIZA TENGA SU CAUSA, CONSISTA EN, ESTE EN CONEXION, TENGA RELACION O SEAN CONSECUENCIA DE:
B. RECLAMOS, DAÑOS O PERDIDAS POR INTERRUPCION DE NEGOCIOS (INCLUYENDO PERDIDA DE OPORTUNIDAD Y CUALQUIER PERDIDA CONSECUENCIAL), QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y/O CONTAGIOSAS ASI COMO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON CUALQUIER BROTE DE EPIDEMIAS Y/O PANDEMIAS Y/O ENFERMEDAD A CAUSA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CORONAVIRUS (COVID19), CORONAVIRUS 2 POR SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARSCOV2), O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DEL MISMO
C. RECLAMOS RELACIONADOS CON TRASMISION DE ENFERMEDAD A CAUSA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITANDO A COVID19 O SARSCOV2.
D. RECLAMOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA PRESENCIA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITANDO A COVID19 O SARSCOV2 EN LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO.
E. PARA LOS EFECTOS DE ESTA EXCLUSION, ENFERMEDAD INFECCIOSA Y/O CONTAGIOSA SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE TRANSMITE DE UNA PERSONA A OTRA POR TRANSMISION DIRECTA O INDIRECTA DE BACTERIAS O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVES DE UN VECTOR, COMO ALIMENTOS CONTAMINADOS POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA.

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.	ANTIGUO COUNTRY	ANEXO NO CAUSA PRIMA	21-03-101032573	1

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** NIT **800.006.850-3**

DIRECCION **CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA** CIUDAD **SOACHA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **7815748**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** NIT **800.006.850-3**

DIRECCION **CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA** CIUDAD **SOACHA, CUNDINAMARCA** TELEFONO **7815748**

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)
07 / 04 / 2026	05 / 03 / 2026	05 / 03 / 2027	05 / 03 / 2026	05 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DMA SEGUROS LTDA	184610	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,200,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 1,200,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 60,000,000.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 1,200,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 30,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,200,000,000.00	PRIMA:	$ **********0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********0.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********0.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

21-03-101032573

FIRMA AUTORIZADA

PAULAFAJARDO

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.
ANTIGUO COUNTRY	ANEXO NO CAUSA PRIMA	21-03-101032573	1

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			NIT	800.006.850-3
DIRECCION	CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	7815748
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE ACLARAN LOS PROFESIONALES ASEGURADOS:

- MEDICOS	8
- ODONTOLOGOS	1
- ENFERMERO (A)	5
- JEFE DE ENFERMERIA	2
- CIRUJANO	2
- GINECOLOGO	1
- ANESTESIOLOGO	2
- BACTERIOLOGO	1
- AUXILIARES DE ENFERMERIA	14
- TECNICOS DE RAYOS X	1
- HIGIENISTA ORAL	1
TOTAL DE PROFESIONALES	38

DEMAS TERMINOS SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES