CUFE: 20a9d636547074851efb91e7543bc6c70c112ca707a2cc4e7454e711b59782ef19657520edb5011c4b40b05e933ca906

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 51G-91319

Fecha: 10 | 07 | 2026

Hora: 12:27:00

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511
Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dian No. 18764090106540. Fecha de vigencia desde 2025/03/07 hasta 2026/09/07 Con Prefijo 51G, Desde 65862 A 500000.
Autoriza DE 65862 AL 500000
Fecha validación Dian:2026/07/10 12:27:43

Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA
NIT: 826002019
Dirección: CL 3 NRO. 10 - 135
Teléfono: 3112634207
E-mail: SALUDNOBSA@YAHOO.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	3	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL - 51 - 101002991 - 0	unidad	1	2.670.310,00	2.670.310,00

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

Subtotal	2.670.310,00
Impoconsumo	0.00
IVA	507.358,90
Total	3.177.668,90

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101560250086-6

(415)7709998021167(8020)1101560250866(3900)000003177668(96)20270713

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

CUFE: 5bf80daa804580451987b2960ecdef76dec50099da988a6824a31c411dd0bef0d17ddf81459b14080abed87546e18c7c

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 51G-91318

Fecha: 10 | 07 | 2026

Hora: 12:09:00

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511
Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764090106540. Fecha de vigencia desde 2025/03/07 hasta 2026/09/07 Con Prefijo 51G, Desde 65862 A 500000.
Autoriza DE 65862 AL 500000
Fecha validación Dian:2026/07/10 12:09:43

Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA
NIT: 826002019
Dirección: CL 3 NRO. 10 - 135
Teléfono: 3112634207
E-mail: SALUDNOBSA@YAHOO.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	49	POLIZA DE AUTOMÓVILES LIVIANOS COLECTIVO - 51 - 101000583 - 0	unidad	1	11.776.050,00	11.776.050,00

Total
1

Observaciones:

Subtotal	11.776.050,00
Impoconsumo	0.00
IVA	2.237.449,50
Total	14.013.499,50

Valor en letras: SON: CATORCE MILLONES TRECE MIL QUINIENTOS PESOS

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101560250084-1

(415)7709998021167(8020)1101560250841(3900)000014013499(96)20260827

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

CUFE: 12b5a61317a6ff5cf9534e34807c9edf55c124c72245744abf1474d853bad937e822aa756ad82ce0ab0eb513d632fb29

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 51S-25166

Fecha: 10 | 07 | 2026

Hora: 11:43:30

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511
Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764089894789. Fecha de vigencia desde 2025/03/04 hasta 2026/09/04 Con Prefijo 51S, Desde 19882 A 500000.
Autoriza DE 19882 AL 500000
Fecha validación Dian:2026/07/10 22:24:45

Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NOBSA
NIT: 826002019
Dirección: CL 3 NO 10 -135
Teléfono: 3112634207
E-mail: SALUDNOBSA@YAHOO.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	59	Póliza N° 15680300006610	unidad	1	827.500,00	827.500,00
2	Contribucion	Contribuciones Póliza N° 15680300006610	unidad	1	430.300,00	430.300,00
3	RUNT	RUNT Póliza N° 15680300006610	unidad	1	2.400,00	2.400,00

Total
3

Observaciones:

Valor en letras: SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS PESOS

Subtotal	1.260.200,00
Impoconsumo	0.00
IVA	0,00
Total	**1.260.200,00**

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Firma Autorizada

IFactura | Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

CUFE: bbbda09af10c98a6fbc9dcd182a59de44a3903c8eec37a28d9b7f718caaee09da47bbd9c787c050318e1ee41ac658c75

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 51G-91314

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 10 | 07 | 2026

Hora: 11:38:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764090106540. Fecha de vigencia desde 2025/03/07 hasta 2026/09/07 Con Prefijo 51G, Desde 65862 A 500000.
Autoriza DE 65862 AL 500000
Fecha validación Dian:2026/07/10 11:38:20

Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA
NIT: 826002019
Dirección: CL 3 NRO. 10 - 135
Teléfono: 3112634207
E-mail: SALUDNOBSA@YAHOO.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	3	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL - 51 - 101002990 - 0	unidad	1	2.243.958,00	2.243.958,00

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

Subtotal	2.243.958,00
Impoconsumo	0.00
IVA	426.352,02
Total	**2.670.310,02**

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Firma Autorizada

IFactura | Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101560250078-7

(415)7709998021167(8020)1101560250078 7(3900)000002670310(96)20270713

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

CUDE: 66ad9d91d2a00cac2d4331291864de31e51552872cf43a20d60b6b64850d0b5de1f073d81fd03d0efbf37da793c3621a
CUFE Factura afectada: bbbda09af10c98a6fbc9dcd182a59de44a3903c8eec37a28d9b7f718caaee09da47bbd9c787c050318e1ee41ac658c75

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Nota Credito

No°. 51CG-12900

Fecha: 10 | 07 | 2026

Hora: 17:35:00

Documento referencia

No°. 51G-91314

Fecha de la Factura

10 | 07 | 2026

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511
Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Fecha validación Dian:2026/07/10 17:35:33

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA
NIT: 826002019
Dirección: CL 3 NRO. 10 - 135
Teléfono: 3112634207
E-mail: SALUDNOBSA@YAHOO.COM

No.	Cód	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	3	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL - 51 - 101002990 - 1	unidad	1	2.243.958,00	2.243.958,00

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

Subtotal	2.243.958,00
Impoconsumo	0,00
IVA	426.352,02
Total	**2.670.310,02**

Firma Autorizada

IFactura | Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDIC AÑO MES DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA
2026-07-10	2026-07-25	2027-07-24

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
15680300006610	OJX412	OFICIALES,ESPECIALES,	OFICIAL	2488	2021

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	NISSAN	AMBULANCIA
	LÍNEA VEHICUL: FRONTIER	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
YD25723850P	3N6CD35A2ZK427655	3N6CD35A2ZK427655	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NOBSA	3112634207	NIT	8260020195	NOBSA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	51	401351	0	SOGAMOSO

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
420	$ 827500	$ 430300	$ 2400

TOTAL A PAGAR

$ 1260200

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1] / 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

SEGUROS DEL ESTADO S.A informa que sus datos personales serán tratados conforme a la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales, que se encontrará disponible para su consulta en www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

Recuerde que, en calidad de titular de sus datos personales, podrá ejercer sus derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir su información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos personales para algunas de las finalidades dada, a través de del portal corporativo disponible en www.segurosdelestado.com/pages/contactenos/2

En cumplimiento de la **Ley 2300 de 2023**, **SEGUROS DEL ESTADO S.A** y las entidades que esta delegue, realiza actividades de cobranza y envío de mensajes publicitarios o comerciales relacionadas con los productos y servicios ofrecidos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Para más información sobre el cumplimiento de la **Ley 2300 de 2023** podrá consultar en www.segurosdelestado.com/pages/Ley_2300_de_2023

Topes de cobertura gastos médicos
1 Para las siguientes tarifas: 108, 110, 120, 140, 150,711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910,920. Decreto 2644 de 2022.
2 Para las demás tarifas no citadas en (1).

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.
SOGAMOSO	AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA** NIT **826.002.019-5**

DIRECCION **CL 3 NRO. 10 - 135** CIUDAD **NOBSA, BOYACA** TELEFONO **3112634207**

ASEGURADO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA** NIT **826.002.019-5**

DIRECCION **CL 3 NRO. 10 - 135** CIUDAD **NOBSA, BOYACA** TELEFONO **3112634207**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY** SI

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)
10 / 07 / 2026	13 / 07 / 2026	13 / 07 / 2027	13 / 07 / 2026	13 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
VICTOR HUGO RODRIGUEZ ARAQUE	240799	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 223,274,621.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 223,274,621.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 66,982,386.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 223,274,621.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 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: ERRORES U OMISIONES CYH - $ 223,274,621.00, GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 22,327,462.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH - $ 223,274,621.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******223,274,621.00	PRIMA:	$ *********2,670,310.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********507,358.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********3,177,668.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 10 NO. 14-130 L104, TELÉFONO 7731957 - SOGAMOSO

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)110156025008666(3900)000003177668(96)20270713

REFERENCIA PAGO:
1101560250086-6

51-03-101002991

FIRMA AUTORIZADA

KARENTCEBALLOS

CLIENTE

TOMADOR

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.
SOGAMOSO	AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA — NIT 826.002.019-5

DIRECCION CL 3 NRO. 10 - 135 — CIUDAD NOBSA, BOYACA — TELEFONO 3112634207

ASEGURADO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA — NIT 826.002.019-5

DIRECCION CL 3 NRO. 10 - 135 — CIUDAD NOBSA, BOYACA — TELEFONO 3112634207

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY — SI

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)
10 / 07 / 2026	13 / 07 / 2026	13 / 07 / 2027	13 / 07 / 2026	13 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
VICTOR HUGO RODRIGUEZ ARAQUE CLIENTE	240799	100.00

COASEGURO CEDIDO — COMPAÑIA — % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIRED

Gana Gana · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******223,274,621.00	PRIMA:	$ *********2,670,310.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********507,358.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********3,177,668.00

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

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

CARRERA 10 NO. 14-130 L104, TELÉFONO 7731957 - SOGAMOSO

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000006E.RC.004A.D00

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1101560250086(3900)000003177668(96)20270713

REFERENCIA PAGO: 1101560250086-6

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES ESTATAL

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR : ESE UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA
NO. DE IDENTIFICACION:826002019

ASEGURADO:ESE UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA
NO. DE IDENTIFICACION:826002019

BENEFICIARIO:TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A SER ACORDADO

UBICACION RIESGO PRINCIPAL:NOBSACIUDADBOYACA - SOGAMOSO

TIPO DE INSTITUCION:PUESTO DE SALUD

NIVEL DE ATENCION:NIVEL I

NO. DE CAMAS:5

NO. DE AMBULANCIAS:2

SINIESTRALIDAD:NO PRESENTA SINIESTROS DE ACUERDO A LA INFORMACION SUMINISTRADA
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:07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.
NOTA TECNICA:07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD
ASEGURADA:ESPECIALIDADNO. PROFESPECIALIDADNO. PROF

- ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL 1
- ODONTOLOGIA 1
- AUXILIAR DE ODONTOLOGIA 1
- MEDICINA GENERAL 3
- REGENTE DE FARMACIA 1
- BACTERIOLOGIA 1
- AUXILIAR DE ENFERMERIA 3

LIMITE ASEGURADO:.$ 223.274.621

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.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA : OPCION NO. 1 .. $ 2.670.310

EN CASO DE REQUERIR FINANCIACION INMEDIATA, SOLICITE A SU ASESOR LAS MEJORES ALTERNATIVAS QUE LE OFRECE CREDIESTADO - WWW.CREDIESTADO.COM.CO. <http://www.crediestado.com.co/> (APLICAN TERMINOS Y CONDICIONES).
COBERTURAS:
1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, Y ANTE TAL SUPUESTO INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.
LO ANTERIOR, A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, POR ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBERA MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.
TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

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.
AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

PARAGAFO: SEGURESTADO INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III DEL CONDICIONADO GENERAL DE ESTA POLIZA), 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.

1.2 GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1 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 SEGURO.

1.2.2 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. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3 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, SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LA SECCION II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD:

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

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, SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE EN FORMA COMPLETA Y OPORTUNA LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE O COMERCIALIZADOR.

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS 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, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A:

OPCION NO. 1

$11.163.731

PARAGRAFO: ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

RESUMEN LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIMITE
	LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
OPCION	
AMPARO BASICO	$ 223.274.621
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS	
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	
GASTOS DE DEFENSA	LIMITE POR
EVENTOS	$ 22.327.462
VIGENCIAS	$ 66.982.386

DEDUCIBLES

COBERTURA

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.
AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

GASTOS DE DEFENSA10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 3 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 DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2) AÑOS 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. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, O QUE NO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA.
4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O REEMPLACEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8. RRESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICAL O FECUNDACION IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO. PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS 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. IV- CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
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 EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.
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 O DAÑOS PUNITIVOS.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.
15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

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.
AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, O SIMILARES CON TAL CONNOTACION.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).
32. POR 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 ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO. II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN 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. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS 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. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.
50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
51. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
52. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

53. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

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.
AGENCIA SOGAMOSO	EMISION ORIGINAL	51-03-101002991	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA			NIT	826.002.019-5
DIRECCION	CL 3 NRO. 10 - 135	CIUDAD	NOBSA, BOYACA	TELEFONO	3112634207
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

54. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
55. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
56. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
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:
57. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
58. 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
59. 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.
60. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
61. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.
62. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.
63. 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 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
64. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO
65. 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.
66. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
67. EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS: 1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO; 2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENCION DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O, 3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA.

68. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE: A.UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O B.LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
2. EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O
3.EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA: A.FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA; B.DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A: 1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS; 2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;
AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIANA
CONDICIONES ADICIONALES:FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 DIAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL CONTRATO DE VINCULACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SI TRANSCURRIDO ESTE TIEMPO NO SE HA REPORTADO ALGUN PERSONAL DE SALUD EN LA POLIZA, TODA LA ATENCION EN SALUD DONDE INTERVENGA EL DICHO PERSONAL DE LA SALUD NO TIENE COBERTURA.
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 Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CARÁTULA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES
TIPO DE POLIZA COLECTIVA

SUC.	RAMO	POLIZA No.
51	49	101000583

CLASE DE DOCUMENTO	N° ANEXO	FECHA EXPEDICION			VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				NUMERO DE DIAS
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA	
EMISION ORIGINAL	0	10	7	2026	28	07	2026	24:00	28	07	2027	24:00	365

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA — NIT 826.002.019-5
DIRECCION: CL 3 NRO. 10 - 135 Ciudad: NOBSA — TELEFONO 3112634207

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA — NIT 826.002.019-5
DIRECCION: CL 3 NRO. 10 - 135 Ciudad: NOBSA — TELEFONO 3112634207

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA — NIT 826.002.019-5
DIRECCION: CL 3 NRO. 10 - 135 Ciudad: NOBSA — TELEFONO 7773017

EXPEDIDO EN:	SUCURSAL	N° GRUPO	PUNTO DE VENTA
SOGAMOSO	AGENCIA SOGAMOSO		NINGUNO

DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL

GENERO:	F.NACIMIENTO:	EDAD:	OTROS COND.MEN A 25 AÑOS:	ESTADO CIVIL:	ACTIVIDAD:
		0		OTRO	

PRODUCTO: 96-ESTATALES

DESCRIPCION DEL VEHICULO RIESGO 1:

Codigo Fasecolda: 06421062	Marca: NISSAN	Clase: CAMIONETA PICK UP
Tipo Vehiculo: NP 300 FRONTIER LE MT 2500CC	Carroceria o Remolque: AMBULANCIA	Modelo: 2021
Placas: OJX412	Color: BLANCO	Motor: YD25723850P
Chasis o Serie: 3N6CD35A2ZK427655	Localizador:	Servicio/Trayecto: PUBLICO
Capacidad de Carga:2.00	Zona de Operacion: AUTOS ZONA 06	Descuento por NO reclamación: 0.00%

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES % MINIMO
,RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL		
DAÑOS BIENES DE TERCEROS	400,000,000.00	
MUERTE O LESION UNA PERSONA	400,000,000.00	
MUERTE O LESION DOS O MAS PERSONAS	800,000,000.00	
ASISTENCIA JURIDICA	SI AMPARA	
PERDIDA TOTAL Y/O DESTRUCCION TOTAL	137,500,000.00	
DAÑOS PARCIALES DE MAYOR CUANTIA	137,500,000.00	
DAÑOS PARCIALES DE MENOR CUANTIA	137,500,000.00	
PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA	
HURTO DE MAYOR CUANTIA	137,500,000.00	
HURTO DE MENOR CUANTIA	137,500,000.00	
TERREMOTO Y EVENTOS DE LA NATURALEZA	137,500,000.00	
TERRORISMO	SI AMPARA	
ASISTENCIA EN VIAJES (VEHICULOS LIVIANOS)	SI AMPARA	
..GASTOS DE TRANSPORTE POR PERDIDA TOTAL POR HUR	32.000 X 60 DIAS	
*(AP) ACCIDENTES PERSONALES	$50.000.000	

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA	PRIMA ACCIDENTES PERSONALES	GASTOS	IVA-RÉGIMEN COMÚN	AJUSTE AL PESO	TOTAL A PAGAR EN PESOS
$ **1,337,500,000.00	$ ****11,776,050.00		$ **********0.00	$ *****2,237,449.00	$ **********0	$ ****14,013,499.00

PLAN DE PAGO CONTADO

*-TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 1066 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SE HARÁ A SEGUROS DEL ESTADO S.A., DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO 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 DE LA PÓLIZA.
HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 15/12/2016 - 1329 - P - 02 - EAU001A, ADJUNTA.
PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES: CARRERA 10 NO. 14-130 L104 , TELEFONO: 7731957 - SOGAMOSO
(*) Estas coberturas son un beneficio otorgado por Seguros del Estado S.A, las cuales son emitidas por Seguros de Vida del Estado. Las condiciones particulares y generales que aplican podrán ser consultadas en www.segurosdevidadelestado.com. Clausulado general forma (14/01/20261419P31000000E-VAP-033ADR0I) , que se adjunta.
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

(415)7709998021167(8020)1101560250084 1(3900)000014013499(96)20260827

REFERENCIA PAGO: 1101560250084-1

101000583

FIRMA AUTORIZADA — EL TOMADOR

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

CÓDIGO	COMPAÑÍA	% PARTICIPACION	PRIMA
1	ESTADO	0.00	0.00

INTERMEDIARIOS

CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
240799	AGENTE INDEPEND	VICTOR HUGO RODRIGUEZ ARAQU	100.00

USUARIO: LUZBAYONA 10/07/2026 12:09:23

Recuerde que información referente a clausulados y demás la podrás encontrar en nuestra página WEB https://www.segurosdelestado.com/productos/productos/1041
Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CARÁTULA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES

TIPO DE POLIZA COLECTIVA

SUC.	RAMO	POLIZA No.
51	49	101000583

CLASE DE DOCUMENTO	N° ANEXO	FECHA EXPEDICION			VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				NUMERO DE DIAS
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA	
EMISION ORIGINAL	0	10	7	2026	28	07	2026	24:00	28	07	2027	24:00	365

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NOBSA — NIT 826.002.019-5

DIRECCIÓN: CL 3 NRO. 10 - 135 Ciudad: NOBSA — TELEFONO 3112634207

ASEGURADO:

DIRECCIÓN: — TELEFONO

BENEFICIARIO:

DIRECCIÓN: — TELEFONO

EXPEDIDO EN:	SUCURSAL	N° GRUPO	PUNTO DE VENTA
SOGAMOSO	AGENCIA SOGAMOSO		NINGUNO

DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIIRED · GanaGana · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA	PRIMA ACCIDENTES PERSONALES	GASTOS	IVA-RÉGIMEN COMÚN	AJUSTE AL PESO	TOTAL A PAGAR EN PESOS
	$ ****11,776,050.00		$ **********0.00	$ *****2,237,449.00	$ **********0	$ ****14,013,499.00

PLAN DE PAGO CONTADO

*-TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 1066 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SE HARÁ A SEGUROS DEL ESTADO S.A., DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO 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 DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 15/12/2016 - 1329 - P - 02 - EAU001A, ADJUNTA.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES: CARRERA 10 NO. 14-130 L104 , TELEFONO: 7731957 - SOGAMOSO

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	



(415)7709998021167(8020)11015602500841(3900)000014013499(96)20260827

REFERENCIA PAGO:
1101560250084-1

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

CÓDIGO	COMPAÑÍA	% PARTICIPACION	PRIMA
1	ESTADO	0.00	0.00

INTERMEDIARIOS

CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
240799	AGENTE INDEPEND	VICTOR HUGO RODRIGUEZ ARAQU	100.00

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES LIVIANOS COLECTIVO

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

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD DE SALUD SALUD NORTE NIT: 826.002.019-5 CERTIFICADO DE: EMISION ORIGINAL POLIZA No.: 101000583 ANEXO No.: 0

RIESGO	ASEGURADO BENEFICIARIO	CODIGO MODELO	PLACA CLASE	MARCA TIPO	No. MOTOR No. CHASIS	COLOR ZONA CIRC.	SUMAS ASEGURADAS LIMITE RCE ASIST.JURIDICA	SUMAS ASEGURADAS Vr. VEHICULO GTOS. TRANS	DESCT. %	PRIMA IVA	PRIMA TOTAL	EXCLUS. O LIMIT. (**)	TIPO MOV.
1	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UN	06421062	QJX412	NISSAN	VD25723850P	BLANCO	1,200,000,000.00	137,500,000.00	0.00	11,776,050.00	14,013,499.50		
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	2021	CAMIONETA PICK UP	NP 300 FRONTIER LE MT 250	3N6CD35A2ZK427655	AUTOS ZONA 06	0.00	0.00		2,237,449.50			I

(*) RCE: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DMAC: DAÑOS DE MAYOR CUANTIA, DMEC: DAÑOS DE MENOR CUANTIA, HMAMEC: HURTO DE MAYOR O MENOR CUANTIA, TE: TERREMOTO

(**) VER EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES DE LA POLIZA

ESTE CUADRO FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA CARATULA DE LA POLIZA

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