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

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod. Sucursal	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo de Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional: NINGUNO

OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:

AMPAROS

CARGO: NO ESPECIFICADA - RIESGO: UNICO

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
EMPLEADOS PUBLICOS	11/02/2026	11/02/2027	50,000,000.00
DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA			

ACLARACIONES

POLIZA DE MANEJO GLOBAL ESTATAL

TOMADOR: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
NIT: 800.174.375-5
ASEGURADO: FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD
BENEFICIARIO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
NIT: 800.174.375-5

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
$ ***1,750,000.00	$ ******10,000.00	$ *****334,400.00	$ *********2,094,400.00	$ ********50,000,000.00	12 / 02 / 2026

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	184449	100.00			

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 efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Carrera 45A No. 102 A - 34 - Telefono: 6108441 - BOGOTA, D.C.



REFERENCIA PAGO: 1100662078454-6

33-42-101001898
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

INTERES ASEGURABLE:

SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑIA, INDEMNIZARA A LA ENTIDAD ASEGURADA, CON SUJECION A LOS TRMINOS, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTA POLIZA , LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE LAENTIDAD ASEGURADA O POR LAS PERSONAS QUE BAJO SU RESPONSABILIDAD LO REEMPLACEN, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPAÑIA, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD A SEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA. EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION Y RECONSTRUCCION DE CUENTAS, QUE SE DEBA LLEVAR A CABO ENLOS CASOS DE ABANDONO DEL CARGO OFALLECIMIENTO DEL (LOS) FUNCIONARIO (S).

LIMITE ASEGURADO $ 50.000.000 EVENTO / VIGENCIA.

SUBLIMITE PARA CAJA MENOR $10.000.000

CARGOS AMPARADOS: TODO EL PERSONAL CON CONTRATO DE TRABAJO Y PRESTACION DE SERVICIOS.

DEDUCIBLE: - AMPARO BASICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA SIN MINIMO. -

DEMAS AMPAROS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 1 SMMLV.

CLAUSULAS ADICIONALES

- RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA POR EL PAGO DEL SINIESTRO, MAXIMO UNA VEZ.
- DEFICION DE FUNCIONARIO.
- PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS
- SUBLIMITE DEL 50% DEL AMPARO BASICO.
- AMPLIACION DE AVISO DE SINIESTRO 30 DIAS
- DESIGNACION DE AJUSTADOR - ERRORES, INEXACTITUDES U OMISIONES.
- PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE FIRMAS ESPECIALIZADAS
- SUBLIMITE DEL 50% DEL AMPARO BASICO. - PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS
- SUBLIMITE DEL 50% DEL AMPARO BASICO.
- AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS CARGOS Y EMPLEADOS: CON AVISO A LA COMPAÑIA DE 30 DIAS, Y COBRO DE PRIMA A PRORRATA.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA.
- ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA, Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN INDEMNIZAR
- DESIGNACION DE AJUSTADORES
- DENOMINACION DE CARGOS
- CLAUSULA DE REVOCACION: TREINTA (30) DIAS. AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DIAS.
- DENOMINACION DE CARGOS: SE OTORGA COBERTURA A TODOS LOS CAMBIOS EN LA DENOMINACION DE LOS CARGOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CONTINUEN DESEMPEÑANDO LAS MISMAS FUNCIONES DEL CARGO INICIALMENTE AMPARADO.

CONDICIONES GENERALES: SEGUN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) FORMA 01/09/2003 - 1329 - P - 13- E-HAGE-007A

CONDICIONES GENERALES

1.AMPARO

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

SEGUROS DEL ESTADO S.A., EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPANIA, INDEMNIZARA A LA ENTIDAD ASEGURADA, CON SUJSCION A LOS TERMINOS, CLAUSULAS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTA POLIZA, LAS PERDIDAS CAUSADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD ASEGURADA O POR LAS PERSONAS QUE BAJO SU RESPONSABLIDAD LO REEMPLACEN, PREVIA ACEPTACION DE LA COMPANIA, POR INCURRIR EN CONDUCTAS QUE SEAN TIPIFICADAS COMO DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA O EN ALCANCES QUE POR INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O REGLAMENTARIAS, CAUSEN MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA ENTIDAD ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL HECHO SEA COMETIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA.

EL AMPARO SE EXTIENDE A RECONOCER EL VALOR DE LA RENDICION Y RECONSTRUCCION DE CUENTAS, QUE SE DEBA LLEVARA CABO EN LOS CASOS DE ABANDONO DEL CARGO O FALLECIMIENTO DEL (LOS) FUNCIONARIO (S).

2.EXCLUSIONES

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LAS PERDIDAS QUE SUFRA LA ENTIDAD ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE:

2.1.MERMAS O DANOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES POR CUALQUIER CAUSA NATURAL, NO IMPUTABLE A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS DETERMINADOS.

2.2.MERMAS O DANOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES POR INCENDIO, EXPLOSION, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMBLORES DE TIERRA O CUALQUIERA OTRA CONVULSION DE LA NATURALEZA, GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, HUELGAS, ASONADAS, MOTINES, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, Y EN GENERAL, CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.

IGUALMENTE, CUALQUIER DELITO DE LOS CUBIERTOS POR ESTA POLIZA, EN QUE INCURRA UNO O VARIOS FUNCIONARIOS AL AMPARO DE LAS SITUACIONES CREADAS POR LOS EVENTOS ESPECIFICADOS EN EL PARRAFO ANTERIOR.

2.3.SANCIONES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS O MULTAS IMPUESTAS A LOS FUNCIONARIOS.

2.4.CREDITOS CONCEDIDOS POR LA ENTIDAD ASEGURADA A LOS FUNCIONARIOS, AUN CUANDO SE HAYAN OTORGADO A BUENA CUENTA O ANTICIPO SOBRE COMISIONES, HONORARIOS, SUELDOS O CUALQUIER OTRO CONCEPTO.

2.5.LUCRO CESANTE.

2.6.MERMAS, DIFERENCIAS DE INVENTARIOS, DESAPARICIONES O PERDIDAS NO IMPUTABLES A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS DETERMINADOS.

3.PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

CORRESPONDERA A LA ENTIDAD ASEGURADA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, ASI COMO LA CUANTIA DE LA PERDIDA. LA ENTIDAD ASEGURADA INFORMARA A LA COMPANIA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER.

OCURRIDO EL SINIESTRO, LA ENTIDAD ASEGURADA TIENE LA OBLIGACION DE EMPLEAR TODOS LOS MEDIOS DE QUE DISPONGA Y TOMAR LAS MEDIDAS QUE ESTEN A SU ALCANCE PARA EVITAR SU PROPAGACION O EXTENSION Y SALVAR Y CONSERVAR LOS BIENES OBJETO DEL DELITO, PARA LO CUAL ATENDERA, ADEMAS, EVENTUALES INSTRUCCIONES DE LA COMPANIA. LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO, ESTA IGUALMENTE OBLIGADA A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR Y PONER DE MANIFIESTO A LA COMPANIA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, COPIAS DE FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LA COMPANIA ESTE EN DERECHO DE EXIGIRLE, EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO.

CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y DEBERES ESTABLECIDOS EN ESTA CONDICION, LA COMPANIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO, ESTA IGUALMENTE OBLIGADA A

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR Y PONER DE MANIFIESTO A LA COMPANIA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, COPIAS DE FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LA COMPANIA ESTE EN DERECHO DE EXIGIRLE, EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y LA CUANTIA DEL SINIESTRO.

CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y DEBERES ESTABLECIDOS EN ESTA CONDICION, LA COMPANIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

DE OTRA PARTE, LA ENTIDAD ASEGURADA ESTA OBLIGADA A DECLARAR A LA COMPANIA, AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO, LOS SEGUROS COEXISTENTES DE IGUAL NATURALEZA QUE EXISTAN SOBRE EL FUNCIONARIO AMPARADO, CON LA INDICACION DE LA COMPANIA Y DE LA SUMA ASEGURADA. LA INOBSERVANCIA MALICIOSA DE ESTA OBLIGACION, LE ACARREARA LA PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

4.CERTIFICADOS

LA COMPANIA EXPEDIRA LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS, QUE ENTREGARA A LA ENTIDAD ASEGURADA:

4.1.DE MODIFICACION.

CUANDO EL FUNCIONARIO SEA TRASLADADO, PROMOVIDO O LE SEAN ADSCRITAS FUNCIONES DE OTRO CARGO DE MANEJO, O CUANDO SEA AUMENTADO O DISMINUIDO EL VALOR ASEGURADO, LA COMPANIA EXPEDIRA UN CERTIFICADO DE MODIFICACION DEL SEGURO. LA FALTA DE ESTE CERTIFICADO EN LOS CASOS ANTERIORES NO EXIME A LA COMPANIA DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS, SIEMPRE Y CUANDO LE SEAN COMUNICADOS OPORTUNAMENTE Y ACEPTADOS EXPRESAMENTE POR ELLA. LOS CASOS DE REEMPLAZOS TEMPORALES POR VACACIONES, INCAPACIDADES, LICENCIAS, ETC., DEBERAN SER INFORMADOS A LA COMPANIA.

4.2.DE RENOVACION O DE PRORROGA.

LA COMPANIA EXPEDIRA UN CERTIFICADO PARA ATENDER LOS CASOS DE RENOVACION DEL SEGURO O AQUELLOS EN LOS CUALES DEBA AMPLIARSE SU VIGENCIA

5.RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA

LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPANIA CESARA POR EL PAGO DEL SINIESTRO HASTA POR EL VALOR ASEGURADO.

6.SINIESTRO

SE ENTIENDE OCURRIDO EL SINIESTRO, EN LOS SIGUIENTE CASOS:

6.1.CUANDO LA ENTIDAD ASEGURADA SUFRA MENOSCABO PATRIMONIAL A CONSECUENCIA DE UNO DE LOS EVENTOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE POLIZA.

6.2.CUANDO SE TRATE DE ALCANCES QUE SE LIQUIDEN EN JUICIOS DE CUENTAS, EN LA FECHA EN LA CUAL QUE DE DEBIDAMENTE EJECUTORIADA LA PROVIDENCIA QUE DECLARE FISCALMENTE RESPONSABLE AL FUNCIONARIO O EMPLEADO.

7.PAGO

LA COMPANIA PAGARA LA INDEMNIZACION DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL HAYA RECIBIDO COPIA AL CARBON, O FOTOCOPIA AUTENTICADA, DE LA DENUNCIA PENAL INSTAURADA CONTRA EL FUNCIONARIO, POR UN HECHO AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA ACOMPANADA DEL ACTA DE INVESTIGACION ADMINISTRATIVA O FISCAL DONDE CONSTE LA CUANTIA DE LA PERDIDA Y CERTIFICACION DEL VALOR DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO DE TRABAJO A FAVOR DEL FUNCIONARIO.

EL VALOR ASEGURADO QUE SE TENDRA EN CUENTA PARA EFECTOS DE LA INDEMNIZACION, SERA AQUEL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DEL ACTO CONSTITUTIVO DEL DELITO. ES ENTENDIDO QUE EL MONTO DE LA INDEMNIZACION PODRA SER REDUCIDO EN EL VALOR QUE SE LE ADEUDE AL FUNCIONARIO POR CONCEPTO DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO DE TRABAJO.

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -

EN EL EVENTO DE ALCANCES ORIGINADOS POR INCUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES LEGALES QUE IMPLIQUEN MENOSCABO DEL ERARIO PUBLICO, LA COMPANIA PAGARA LA INDEMNIZACION DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE EJECUTORIA DE LA PROVIDENCIA QUE DECLARE LA RESPONSABILIDAD FISCAL DEL FUNCIONARIO.

CUANDO FUEREN INVOLUCRADOS DOS O MAS FUNCIONARIOS RESPONSABLES ANTE LA ENTIDAD ASEGURADA, DENTRO DE LA INVESTIGACION PENAL ORIGINADA EN UN HECHO QUE TIPIFIQUE UN DELITO CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA Y NO FUERE POSIBLE DETERMINAR LA CUANTIA DE LA PERDIDA IMPUTABLE A CADA CUAL, EL PAGO DEL SINIESTRO SE EFECTUARA EN PROPORCION AL VALOR ASEGURADO DE CADA UNO.

CUANDO SE TRATE DE DANO EMERGENTE, EL PAGO DEBERA REALIZARSE POR EL VALOR EN LIBROS.

8.DEDUCIBLE

EL DEDUCIBLE DETERMINADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA, ES EL MONTO O PORCENTAJE DEL VALOR DEL SINIESTRO INDEMNIZABLE QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE ESTE Y QUE, POR TANTO, SIEMPRE QUEDA A CARGO DE LA ENTIDAD ASEGURADA.

EL DEDUCIBLE SE APLICARA A LA INDEMNIZACION POR CADA SUCESO AMPARADO. SE ENTIENDE POR TAL, CUALQUIER PERDIDA O SINIESTRO O SERIE DE PERDIDAS O SINIESTROS PROVENIENTES DE UN MISMO SUCESO.

9.COMPENSACION

SI LA ENTIDAD ASEGURADA, AL MOMENTO DE DESCUBRIRSE EL ILICITO O CUANDO SE HAYA DETERMINADO EL MENOSCABO DE LOS FONDOS O BIENES DE LA MISMA Y ANTES DE SER PAGADA LA INDEMNIZACION, ES DEUDORA DEL FUNCIONARIO POR CUALQUIER CONCEPTO, LA PERDIDA SERA REDUCIDA EN EL MONTO DE DICHA DEUDA SIEMPRE Y CUANDO OPERE LEGALMENTE LA COMPENSACION.

ES ENTENDIDO QUE EN EL EVENTO DE SER EL MONTO DE LA DEUDA, MAYOR IGUAL A LA PERDIDA SUFRIDA POR LA ENTIDAD ASEGURADA, LA COMPANIA NO ESTA OBLIGADA A EFECTUAR PAGO ALGUNO.

10.SALVAMENTOS

LA ENTIDAD ASEGURADA SE OBLIGA A ENTREGAR A LA COMPANIA CUALQUIER SUMA, DIFERENTE A LAS CONTEMPLADAS EN LAS CONDICIONES 7. Y 9. ANTERIORES, QUE OBTENGA DEL FUNCIONARIO DESPUES DE EFECTUADO EL PAGO DE LA INDEMNIZACION, HASTA POR SU MISMO VALOR.

11.SUBROGACION

EL PAGO DE LA INDEMNIZACION EFECTUADO POR LA COMPANIA, IMPLICA LA SUBROGACION LEGAL HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ASEGURADA TENGA O PUEDA TENER CONTRA EL FUNCIONARIO.

12.EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

SI DESPUES DE PAGADO EL SINIESTRO, EL FUNCIONARIO FUERA EXONERADO DE RESPONSABILIDAD, LA COMPANIA TIENE DERECHO A QUE LA ENTIDAD ASEGURADA LE REINTEGRE EL VALOR DE LA INDEMNIZACION.

13.CESACION DEL AMPARO

SE ENTIENDE QUE CESARA EL AMPARO DE ESTE SEGURO:

13.1.CUANDO LA RESPECTIVA ENTIDAD ASEGURADA NOTIFIQUE A LA COMPANIA QUE CONTRA EL FUNCIONARIO O EMPLEADO CURSA UNA ACCION PENAL, DERIVADA DEL MANEJO DE LOS BIENES QUE SE LE CONFIARON.

13.2.TAN PRONTO COMO EL AFIANZADO DEJE DE EJERCER SUS FUNCIONES POR ENTREGA DEL CARGO, COMPROBADO EN EL ACTA CORRESPONDIENTE.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE UN CERTIFICADO 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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5
Dirección: CL 4 NRO. 5 - 00	**Ciudad:** FOMEQUE, CUNDINAMARCA	**Teléfono:** 2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		800.174.375-5
Dirección: CL 4 NRO. 5 - 00	**Ciudad:** FOMEQUE, CUNDINAMARCA	**Teléfono:** 2411420

Adicional:

- Continuación -

14.REVOCACION

EL PRESENTE CONTRATO SE ENTENDERA REVOCADO:

14.1.POR LA COMPANIA, MEDIANTE AVISO ESCRITO ENVIADO A LA ENTIDAD ASEGURADA A SU ULTIMA DIRECCION REPORTADA, CON NO MENOS DE TREINTA (30) DIAS DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVIO. EN ESTE CASO, DEVOLVERA LA PARTE DE PRIMA CORRESPONDIENTE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE LA REVOCACION Y LA DEL VENCIMIENTO DEL SEGURO, LIQUIDADA A PRORRATA POR LA VIGENCIA TRANSCURRIDA.

14.2.POR LA ENTIDAD ASEGURADA EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A LA COMPANIA, QUIEN DEVOLVERA EL IMPORTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA, LIQUIDADA A PRORRATA POR LA VIGENCIA TRANSCURRIDA, MAS UN RECARGO DEL DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA A PRORRATA Y LA PRIMA ANUAL.

15.INSPECCION

LA COMPANIA TENDRA EN TODO MOMENTO EL DERECHO DE VIGILAR AL FUNCIONARIO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y EL DE EXIGIR QUE POR LA ENTIDAD ASEGURADORA SE LLEVE A CABO EL MAS ESTRICTO Y PERMANENTE CONTROL DE LAS MISMAS.

PARA EVITAR QUE EN EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO DE INSPECCION, LA COMPANIA INTERVENGA INDEBIDAMENTE EN LA COMPETENCIA FISCALIZADORA DE LA ENTIDAD ASEGURADA, AMBAS ENTIDADES CONSTANTEMENTE INTERCAMBIARAN INFORMACION SOBRE EL MANEJO DEL FUNCIONARIO.

CON EL MISMO PROPOSITO, LA OFICINA DE LA ENTIDAD ASEGURADA QUE EJERZA EL CONTROL, COMUNICARA A LA COMPANIA EL RESULTADO DE LA INVESTIGACION.

16.NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LA CONDICION 3. DE ESTA POLIZA Y EN EL ARTICULO 1075 DEL CODIGO DE COMERCIO, RELATIVOS AL AVISO DEL SINIESTRO. SERA PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION, LA CONSTANCIA DE SU ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION CONOCIDA POR LA OTRA PARTE.

TAMBIEN SERA PRUEBA SUFICIENTE DE QUE LA NOTIFICACION HA SIDO FORMALIZADA, LA CONSTANCIA DE RECIBIDO CON LA FIRMA RESPECTIVA DE LA PARTE DESTINATARIA. ASI MISMO, SERA VALIDA CUALQUIERA OTRA NOTIFICACION QUE SE DEN LAS PARTES, POR CUALQUIER OTRO MEDIO PROBATORIO IDONEO RECONOCIDO POR LA LEY.

17.MODIFICACIONES

TODA MODIFICACION A LAS CONDICIONES IMPRESAS DE ESTA POLIZA, ASI COMO A LAS CLAUSULAS ADICIONALES O A LOS ANEXOS, DEBERA PONERSE A DISPOSICION DE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA, EN LA FORMA Y CON LA ANTELACION EN QUE DICHA ENTIDAD LO DETERMINE.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA SE MODIFICAN LAS CONDICIONES REGISTRADAS ANTE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS A LA POLIZA, AL MOMENTO DE SU RENOVACION.

18.PRESCRIPCION

LA PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE ESTE CONTRATO, SE REGIRA POR LO ESTATUIDO EN EL ARTICULO 1081 DEL CODIGO DE COMERCIO.

19.DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE MANEJO

PÓLIZA DE MANEJO GLOBAL A FAVOR DE ENTIDADES ESTAT

Ciudad de Expedición	Sucursal	Cod.Suc	No.Póliza	Anexo
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-42-101001898	0

Fecha Expedición Día	Mes	Año	Vigencia Desde Día	Mes	Año	A las Horas	Vigencia Hasta Día	Mes	Año	A las Horas	Tipo Movimiento
13	02	2026	11	02	2026	24:00	11	02	2027	24:00	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razon Social	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado / Beneficiario:	Identificación
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	800.174.375-5

Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
CL 4 NRO. 5 - 00	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	2411420

Adicional:

- Continuación -
PARTES LA CIUDAD DE EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

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.

33-42-101001898

FIRMA TOMADOR

JAIMEGOMEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO 2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO 2411420
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)
13 / 02 / 2026	11 / 02 / 2026	11 / 02 / 2027	11 / 02 / 2026	11 / 02 / 2027

INTERVEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	184449	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 350,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 350,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 70,000,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS - Mínimo: 10.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/GASTOS DE DEFENSA CYH

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******350,000,000.00	PRIMA:	$ ********19,171,839.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********3,642,649.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********22,814,488.00

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 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - 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.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100662078459 2(3900)000022814488(96)20270211

REFERENCIA PAGO: 1100662078459-2

33-03-101038517

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUDSI
(CLNICAS Y HOSPITALES)
TOMADOR E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
No. DE IDENTIFICACION :800174375-5
ASEGURADO :E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
No. DE IDENTIFICACIN :800174375-5
BENEFICIARIO :TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEYSI
VIGENCIA :12 MESES
UBICACION RIESGO PRINCIPAL :CALLE 4 NO. 5-00CIUDADPUERTO SALGARSI
TIPO DE INSTITUCION :HOSPITAL
NIVEL DE ATENCION :Nivel I
No. DE CAMAS :10
No. DE AMBULANCIAS :3
SINIESTRALIDAD :No presenta Siniestros de acuerdo a la informacion suministrada
BASE DE COBERTURAOCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la pliza y reclamados dentro del perodo de prescripcin de la ley Colombiana (Cdigo Comercio en
: concordancia con el Cdigo Civil).CONDICIONADO GENERAL

CONDICIONADO GENERAL: 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I

NOTA TECNICA: 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA

ESPECIALIDAD	NO. PROF
AUXILIAR DE ENFERMERIA	30
AUXILIAR DE FARMACIA	2
AUXILIAR DE LABORATORIO	3
BACTERIOLOGIA	3
ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL	8
VACUNACION	5
GINECOBSTETRICIA	1
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1
MEDICINA GENERAL	15
MEDICINA INTERNA	1
NUTRICIONISTA	1
ODONTOLOGIA	4
OPTOMETRIA	1
GINECOBSTETRICIA	1
PEDIATRIA	1
PSICOLOGIA	2
RAYOS X AUXILIARES DE RAYOS X	2

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 SI 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 SI 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. SI 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.SI
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 SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2GASTOS 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 SI 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:SI
1.2.1LOS 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 SI PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.
1.2.2SEGURESTADO 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 SI COLOMBIA.

1.2.3EN 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 SI DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:SI
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:SI

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

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. SI 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:SI
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 SI 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 EXTRACONTRACTUALSI
A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES POR:SI

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.SI

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.SI

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 SI PODRA SER INFERIOR A:
OPCION NO. 1SI
$17.500.000SI
PARAGRAFO: ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.SI
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 SI PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

RESUMEN LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

AMPARO BASICO
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 Evento$ 15.000.000 Vigencia$ 70.000.000

DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS: 15% - Min 10 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:SI

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 SI 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 SI 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 SI 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 SI 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.SI

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 SI 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 SI 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 SI 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, SI 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.SI
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 SI 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.SI

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.SI

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.
SI
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.

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.SI
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 SI 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.SI

18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIRNTE 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 SI 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 SI FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.SI
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.SI

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 SI 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.SI

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.SI

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, SI 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.SI

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.SI

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 SI PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.SI

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 SI 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).SI

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.SI

33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.SI

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 SI 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 SI 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 SI

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.SI

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, SI 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 SI 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.SI
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.SI

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, SI 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.SI
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.SI
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.SI
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.SI
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 SI 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.SI
49.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.SI
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 SI AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICARLE.
51.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.SI
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, SI 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.SI
54.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.SI
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 SI COLOMBIA.
56.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.SI

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 SI 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.SI
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) YSI
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.SI

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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.SI

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.SI
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 SI MODIFIQUEN.

64.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYOSI

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. SI

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.SI

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 SI
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, SI 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; OSI
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; OSI
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; OSI
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;SI
2)NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL LEGISLACION APLICABLE CONDICIONES ADICIONALES

: COLOMBIASI
: COLOMBIANASI
: FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.SI
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 TIENESI 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 OSI
EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

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	33-03-101038517	0

TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			NIT	800.174.375-5
DIRECCION	CL 4 NRO. 5 - 00	CIUDAD	FOMEQUE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	2411420
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

-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, SEGURESTADOSI PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
-NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO