CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO NÚMERO RS-0636-2026

INFORMACION DE LAS PARTES QUE INTERVIENEN			
CONTRATANTE	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS)	**CONTRATISTA**	ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA_CONCEPCIÓN
NATURALEZA JURÍDICA:	MIXTA	**NATURALEZA JURÍDICA:**	PUBLICA
NIT:	900.604.350-0	**NIT:**	890.980.512-2
CÓDIGO EPS:	EPSS40/ EPS40	**CÓDIGO HABILITACIÓN SEDE PRINCIPAL:**	0520604780-01
DATOS DE REPRESENTACION LEGAL			
NOMBRE	CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLOREZ	**NOMBRE**	MARIA CRISTINA VARGAS DELGADO
C.C. No.	15.432.123	**C.C. No.**	1.032.070.169
DIRECCIÓN	CARRERA 45 # 55- 65 (MEDELLÍN-ANT)	**DIRECCIÓN**	CALLE ALFONSO OROZCO 19 – 83
TELÉFONO (PBX - FAX)	460 16 74 EXT. 201 – 202	**TELÉFONO (PBX - FAX)**	6048567024
CORREO ELECTRÓNICO	contratacion@saviasaludeps.com	**CORREO ELECTRÓNICO**	hospitalconcepcion@gmail.com

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios integrales de salud de baja complejidad a los afiliados del régimen subsidiado y en estado de portabilidad de Savia Salud EPS en el municipio de Concepción, en la modalidad Evento y en ámbito intramural (ambulatorio y hospitalario). Estos afiliados deben estar debidamente registrados en la base de datos de la EPS y tener derecho a los servicios incluidos en el plan de beneficios de salud, garantizando la atención en salud con pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad, impactando positivamente en el estado de salud y la satisfacción de los afiliados.

ALCANCE: SERVICIOS CONTRATADOS POR MODALIDAD Y FORMA DE PAGO

SERVICIOS	MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TARIFA
SEGÚN ANEXO	PAGO POR EVENTO	TARIFA GENERAL SOAT UVT 2026 -10%
SEGÚN ANEXO	PAGO POR EVENTO	TARIFAS PROPIAS 2025 MÁS INCREMENTO PROMEDIO DEL 3.6%.
SEGÚN ANEXO	PAGO POR EVENTO	TRASLADOS SEGÚN ACUERDO DE JUNTA ENVIADO POR EL PRESTADOR.
SEGÚN ANEXO	PAGO POR EVENTO	MEDICAMENTOS E INSUMOS SEGÚN LO ACORDADO CON LA UNIDAD FUNCIONAL DE LA EPS

LOCALIZACION CONTRATISTA, VIGENCIA Y CUANTÍA DEL CONTRATO	
REGIÓN	EL CONTRATO SE EJECUTARÁ EN EL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN, EN EL ÁMBITO INTRAMURAL (AMBULATORIO Y HOSPITALARIO), EN LAS SEDES DEDIDAMENTE HABILITADAS POR EL PRESTADOR Y ACORDADAS CON LA EPS.
VIGENCIA	DOCE (12) MESES A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO
PRESUPUESTO TOTAL	SE ESTABLECE QUE EL CONTRATO TIENE UN VALOR TOTAL ESTIMADO DE DOSCIENTOS VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS MIL ($225.720.000) MIL POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS PAGADOS POR EVENTO.
CON LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO DECLARAMOS CONOCER LA TOTALIDAD DE LAS CLÁUSULAS INCORPORADAS AL MISMO Y LAS NORMAS QUE REGULAN LA ADMINISTRACIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AFILIADA **AL RÉGIMEN SUBSIDIADO** DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EN CONSTANCIA FIRMAMOS COMO APARECE AL FINAL DEL DOCUMENTO.	

Es obligación de LA CONTRATANTE como Entidad Administradora de Planes de Beneficio-EAPB- de salud, en aras de cumplir con los principios constitucionales y legales que rigen el Sistema de Seguridad Social Integral, en especial, el subsistema de salud, contar con una Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS para garantizar el acceso a que tiene derecho de los servicios propios del Plan de Beneficios en Salud -PBS reconocido a los afiliados registrados en la Base de Datos de la EAPB y **CONSIDERANDO QUE: 1)** SAVIA SALUD EPS, es una Entidad Promotora de Salud -EPS, del régimen subsidiado del departamento de Antioquia y por movilidad del régimen contributivo, la cual se encuentra constituida en alianza público - privada, esto es, con el apoyo del departamento de Antioquia y el municipio de Medellin, en calidad de entidades territoriales actoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la Caja de Compensación Familiar de Antioquia Comfama. **2)** En complimiento de sus obligaciones establecidas en la Ley 100 de 1993, 1122 de 2007(modificada principalmente por la Ley 1438 de 2011). 1438 de 2011, la Ley 1751 de 2015 y el Decreto 441 de 2022 debe garantizar la prestación de servicios de salud a su población afiliada a través de la contratación de una Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS, que cumpla con los requisitos de ley. **3)** Se hace necesario contratar los servicios que permitan la integralidad en la atención en salud de los afiliados en el departamento de Antioquia, encontrándose que la propuesta de servicios presentada por el contratista cumple con los requisitos indispensables solicitados y su propuesta económica se ajusta al presupuesto y a la necesidad de la EPS, fornandose viable la contratación de los servicios. **4)** El contrate obedece a normas generales e internas propias de la actividad, modalidad de pago y demás circunstancies que se describen en la carátula de este documento. **5)** La relación contractual se rige por el régimen privado, particularmente por el acuerdo de voluntades contenido en las siguientes cláusulas y, en lo no previsto en eilas, por la normativa que regule la materia, en especial, las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007(modificada principalmente por la Ley 1438 de 2011), 1438 de 2011, 1751 de 2015, y el Decreto 750 de 2016 (Modificado por el Decreto 0075 de 2024), Decreto 441 de 2022, y demas normas que por su naturaleza le pertenezcan o que adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan las antes mencionadas, asi como lo establecido en los anexos contractuales. **6)** El acuerdo entre las partes se corresponde con el compromiso al logro de la implementación del modelo de atención basado en atención primaria en salud y secundaria en salud, que incluye la gestión integral del riesgo en salud propuesto por LA CONTRATANTE y, en tal sentido, LA CONTRATISTA ha presentado un modelo de prestación de los servicios objeto del contrato acordo con lo requerido y cumple con las condiciones de habilitación establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tal y como se soporta con la constancia de habilitación vigente para los servicios

por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULAS:

PRIMERA. - OBJETO: Prestar servicios integrales de salud de baja complejidad a los afiliados del régimen subsidiado y en estado de portabilidad de Savia Salud EPS en el municipio de Concepción, en la modalidad Evento y en ámbito intramural (ambulatorio y hospitalario). Estos afiliados deben estar debidamente registrados en la base de datos de la EPS y tener derecho a los servicios incluidos en el plan de beneficios de salud, garantizando la atención en salud con pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad, impactando positivamente en el estado de salud y la satisfacción de los afiliados **SEGUNDA- ALCANCE:** Inicia con la necesidad de satisfacer la prestación de servicios de baja complejidad para los afiliados a Savia Salud EPS, previa autorización para los procedimientos y servicios declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), que se encuentran en la necesidad presentada por Savia Salud EPS en el ámbito intramural, según la normatividad vigente. **TERCERA - VIGENCIA:** El plazo de ejecución será de doce (12) meses. El contrato se perfeccionará con el acuerdo de las partes sobre su objeto, la contraprestación llevada a escrito, además la aprobación de las pólizas exigidas contractualmente y la suscripción del acta de inicio. **CUARTA. -VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO:** Las partes establecen que este contrato tiene un valor total estimado de **DOSCIENTOS VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/L ($225.720.000) M/L.** El presente contrato de prestación de servicios de salud se pacta por las partes en la modalidad de PAGO POR EVENTO: Por tanto, el valor mensual del contrato será la suma que resulte de los servicios efectivamente prestados a que haya lugar, por el valor de las tarifas pactadas y que hacen parte integral del presente contrato. Las tarifas serán a:

- Tarifa general SOAT UVT 2026 -10%
- Tarifas propias 2025 más incremento promedio del 3.6%.
- Traslados según acuerdo de junta enviado por el prestador.
- Medicamentos e insumos según lo acordado con la unidad funcional de la EPS

PARÁGRAFO: No obstante, lo anterior es importante tener presente que el valor final del contrato podrá variar acorde con el número de atenciones prestadas o la inclusión o exclusión de servicios durante la vigencia. **QUINTA. -LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El contrato se ejecutará en el municipio de Concepción, en el ámbito intramural (ambulatorio y hospitalario), en las sedes debidamente habilitadas por el prestador y acordadas con la EPS. **SEXTA. OBLIGACIONES DE LA CONTRATISTA:** LA CONTRATISTA se compromete a cumplir las siguientes obligaciones, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas aquellas que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con el servicio de salud vigente o que se expidan en el futuro, como los deberes que impone la ética, la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres. Igualmente a prestar los servicios contratados a todos los afiliados que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos y que sean autorizados por LA CONTRATANTE, prestación que cubre servicios integrales de salud de baja complejidad, en consulta especializada, subespecializada, internación, UCI, cirugía y apoyo diagnóstico, a la población afiliada, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Decreto 780 de 2016 en los Artículos 2.5.1.1.1 al 2.5.1.7.6, cuando aplique, a los afiliados de LA CONTRATANTE, así: **I) OBLIGACIONES GENERALES: 1.** Proceder con la firma del contrato dentro de los ocho (8) días siguientes al envío del mismo por parte de EL CONTRATANTE. **2.** Suscribir el acta de inicio, una vez se cuente con la aprobación de pólizas sin que sobrepase ocho

(8) días. **3.** EL CONTRATISTA deberá mantener vigente durante la ejecución del contrato las pólizas correspondientes. **4.** Reportar al CONTRATANTE de manera inmediata, toda utilización del servicio que se encuentre por fuera de la frecuencia o uso normal. **5.** Notificar por escrito a EL CONTRATANTE cualquier novedad en materia de portafolio. **6.** Conservar actualizada y vigente la documentación pertinente que para el efecto exija la ley y/o reglamentos. **7.** Atender citaciones, llamados y requerimientos de la CONTRATANTE. **8.** Responder civilmente a SAVIA SALUD EPS, por los perjuicios que se deriven de actos u omisiones del personal que designe en cumplimiento del servicio a contratar. Así mismo, guardar absoluta reserva acerca del contenido de la información que reciba con motivo del servicio a contratar. **9.** Realizar sus actividades en la forma más cuidadosa posible de manera que se eviten los riesgos propios de la actividad encomendada. **10.**Las demás inherentes al cumplimiento del objeto contractual. **11.** EL CONTRATISTA se obliga a dar cumplimiento a los documentos de la etapa precontractual, contractual, manuales y protocolos de LA CONTRATANTE. **12.** EL CONTRATISTA será responsable de la veracidad de los documentos presentados para la suscripción del presente contrato, en consecuencia, SAVIA SALUD EPS presumirá la buena fe de la documentación recibida. **13.** Cumplir con las especificaciones y/o condiciones técnicas de acuerdo con lo previsto en la invitación. **14.** Garantizar eficacia, agilidad y oportunidad en el acceso a los servicios con horarios amplios y suficientes para la atención de los afiliados de LA CONTRATANTE conforme con el "Manual de Relacionamiento" que hace parte integral del contrato. De acuerdo con lo establecido en la Resolución 1552 de 2013 (Modificada por la Resolución 3100 de 2019) y demás normas que la sustituyan, modifiquen y adicionen. **15.** Prestar los servicios en todos los eventos de salud susceptibles de ser atendidos en el nivel o niveles de complejidad contratado(s); dependiendo del nivel la contratista contará con el recurso humano idóneo y demás estándares de calidad, siguiendo los condicionamientos de la Resolución 3100 de 2019 y demás normas que la sustituyan, modifiquen y adicionen, con capacidad resolutiva y habilitación de servicios certificada. **16.** Prestar los servicios directamente, por tanto, está proscrita la subcontratación del objeto contratado. Sólo atendiendo las excepciones legales, principalmente las del art. 59 de Ley 1438 de 2011 y las orientaciones de la Circular 04 de 2011y 67 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, será posible la subcontratación previamente aprobada por la EPS. En estos casos deben seguirse las condiciones normativas sobre la habilitación del servicio, de acuerdo con lo definido por interdependencia de servicios según la Resolución 3100 de 2019. **17.** Responder legalmente por cualquier perjuicio debidamente comprobado en instancia judicial, que le ocasionare al afiliado durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios la contratista atribuible a dolo, impericia, imprudencia o negligencia así sea levísima. **18.** Reportar todos los eventos adversos, haciendo entrega de su respectivo análisis, dentro de los quince (15) días siguientes a su ocurrencia. **19.** El contratista deberá abstenerse de cobrar al afiliado cualquier suma adicional por la prestación de los servicios contenidos en el Plan de Beneficio en Salud -PBS-, teniendo en cuenta las excepciones establecidas para tal efecto en la normatividad vigente. **20.** De acuerdo con lo compilado en el Decreto 780 de 2016, el contratista debe reportar los eventos de interés en Sistema de vigilancia de Salud Pública –SIVIGILA-, además debe realizar el análisis de los eventos de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud vigentes y suministrar los soportes requeridos por la EPS de forma oportuna de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente. EL CONTRATISTA deberá participar conjuntamente con la contratante en los comités de evaluación de tales eventos, facilitando la obtención de copias de las historias clínicas solicitadas por el contratante para su valoración en los tiempos requeridos. Lo anterior sin perjuicio de aquellos eventos que por su impacto deban ser notificados de manera inmediata a la contratante. **21.** Dar cumplimiento a lo consagrado en el Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016 y Decreto 441 de 2022 y demás normas que la sustituyan, modifiquen y adicionen en lo relacionado con el trámite interno entre la contratante y la contratista, sin imponer cargas al afiliado. **22.** Asistir a reuniones

periódicas y mesas técnicas para evaluar la ejecución del contrato y cumplir con los compromisos acordados en las mesas. **23.** EL CONTRATISTA deberá actualizar los datos del usuario cada vez que tenga contacto con el mismo, sin que ello constituya una barrera para la prestación de los servicios y tecnologías en salud, para el caso de urgencias la actualización será posterior a la atención. **PARÁGRAFO:** Los proveedores de tecnologías en salud que no atiendan directamente a los usuarios, no estarán obligados a la actualización de la información. **24.** LA CONTRATISTA certifica que los servicios señalados en el presente contrato se encuentran debidamente habilitados en sus sedes, así mismo se obliga a mantenerlos habilitados durante la ejecución del contrato, de conformidad con el Decreto 780 de 2016 capítulo 3, en lo correspondiente a la sección 1 y 2 y con la Resolución 3100 de 2019, así como con las normas que lo reglamenten, modifiquen o adicionen o sustituyan, y por ende, que están inscritos en el Registro Especial de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud -REPS- de la dirección de salud territorial que corresponda. **25.** Apoyar la labor de auditoría de calidad brindando la información que la contratante requiera en las visitas agendadas. **26.** Reportar oportunamente a LA CONTRATANTE los indicadores incluidos en el anexo "Indicadores de gestión", los cuales hacen parte integral del contrato. **27.** Tramitar y radicar la factura o documento equivalente, acreditando mensualmente el pago de Seguridad Social (salud, ARL, pensiones y parafiscales), conforme el art. 50 Ley 789/02, artículo 1° Ley 828/03 y de más normas vigentes que apliquen y acreditar mediante un certificado el pago de la nómina anterior de la totalidad de los colaboradores. **28.** Presentar las facturas para pago asociadas al contrato correspondiente, según el régimen a que corresponda el usuario, en razón de la movilidad consagrada en el Decreto 2353 de 2015. En virtud de lo anterior, LA CONTRATISTA debe presentar de manera separada las facturas de atenciones, de acuerdo con el régimen que corresponda, con sus respectivos soportes y RIPS, garantizando la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud y la entrega oportuna a LA CONTRATANTE y en la forma indicada en la cláusula de facturación. **29.** Hacer adecuado manejo de la información del usuario, entregada por la EAPB para consulta de la historia clínica, de acuerdo con lo consagrado en la normatividad vigente, en especial Habeas Data, regulado por la Ley 1581 del año 2012 (Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013). **30.** LA CONTRATISTA y/o compañías distribuidoras garantizarán por parte de los trabajadores del sector salud la efectiva observancia a la prohibición sobre prebendas o dádivas a productoras de tecnología en salud, incluyendo medicamentos, establecidos en la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015). **31.** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas. **32.** Aceptar las modificaciones necesarias al presente acuerdo de voluntad cuando el Gobierno Nacional a través de cualquiera de sus dependencias o entidades imponga y/o reglamente obligaciones en especial la establecidas en la resolución 2364 de 2023. **33**. Contar con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud -PAMEC-, el cual será objeto de verificación en las auditorías programadas por LA CONTRATANTE. **34.** Realizar reporte de indicadores, entre otros: los dispuestos en la Resolución 256 de 2016 (Modificada por la Resolución 3539 de 2019) en la forma pactada entre las partes; los indicadores trazadores priorizados en forma mensual dentro de los 5 primeros días calendario de cada mes; los indicadores correspondientes a la Resolución 1552 de 2013(Modificada por la Resolución 3100 de 2019), en forma mensual durante los 5 primeros días calendario, con evaluación trimestral y demás indicadores definidos en los demás indicadores definidos en el Manual para la gestión del riesgo basado en rutas integrales para la atención en salud -RIAS- y en los términos de referencia de la invitación, que hacen parte integral del contrato. **35.** Las IPS y proveedores que contraten con Savia Salud EPS la prestación de tecnologías no financiadas con cargo a la UPC y servicios complementarios deben garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente: Resoluciones 1885 de 2018 y Resolución 2438 de 2018 y demás normas que

actualicen, adicionen, sustituyan y deroguen. **36.** Los proveedores de tecnologías no financiadas con cargo a la UPC y servicios complementarios deben estar activos en la plataforma Mipres, implementando el módulo proveedor-dispensador y el módulo de facturación en la cual tendrán como responsabilidades: a) El delegado administrativo del Proveedor debe realizar la activación del rol dispensador para realizar entrega efectiva a los afiliados de Savia Salud EPS. b) Consultar los direccionamientos realizados por Savia Salud EPS. c) Reportar en el aplicativo tecnológico Mipres la programación de entrega, reporte de entrega o no entrega y el reporte de facturación de las tecnologías en salud o servicios complementarios a la EPS y a la autoridad competente, por medio de la herramienta MIPRES (según fecha máxima de reporte de cada entrega). d) Cuando se trate de servicios ambulatorios el reporte del suministro efectivo se deberá realizar en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, mediante los mecanismos tecnológicos dispuestos por este Ministerio para dicho reporte. Para este efecto los proveedores entregarán a la respectiva entidad responsable del afiliado la información necesaria para el mencionado reporte con la periodicidad mencionada. Art 34, No. 1, Resolución 1885 de 2018 (Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.) y Resolución 2438 de 2018 (Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso , reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones) y demás normas que actualicen, adicionen, sustituyan y deroguen. e) Realizar la entrega efectiva al afiliado de Savia Salud de los direccionamientos realizados por la EPS en los tiempos oportunos (según fecha máxima de reporte de cada entrega. **II) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1.** Gestionar los servicios a los afiliados dentro de los tiempos mínimos de atención establecidos en la Resolución 3100 de 2019, la Resolución 1552 de 2013 (Modificada por la Resolución 3100 de 2019), Decreto Ley 019 de 2012 y demás normas que la sustituyan, modifiquen y adicionen. **2.** Remitir, si se requiere al afiliado a una IPS de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS- de la contratante, previa notificación al centro regulador y autorización de éste, si existe cualquier tipo de complicación que no pueda ser tratada dentro del marco de actividades objeto del presente contrato. No obstante, lo anterior, LA CONTRATISTA deberá abstenerse de realizar remisiones de manera no pertinente de afiliados. Cuando aplique si se detecta que se remitió sin justa causa a un usuario que podía ser atendido en las instalaciones de la contratista en virtud del presente contrato, el contratante descontará en la siguiente factura los costos o gastos adicionales en que haya incurrido por la atención del usuario en otra IPS. El traslado en todos los casos deberá observar lo contemplado en las normas de referencia y contrarreferencia. **PARÁGRAFO:** En caso de requerirse traslado y/o atención por caso fortuito o fuerza mayor, este hecho deberá ser reportado a él contratante, quien definirá la procedencia del traslado y/o atención del afiliado en una institución perteneciente a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS- de La EAPB. **3.** En el evento que sea necesario repetir un procedimiento, tratamiento o ayuda diagnóstica por causa imputable a la contratista, deberá realizarlo nuevamente asumiendo el costo total de ese servicio. **4.** En caso de que el contrato vincule servicio de suministro de medicamentos, insumos, y/o dispositivos médicos, el contratista debe garantizar el cumplimiento de lo consagrado en la Resolución 2955 de 2007 y demás normas que la sustituyan, modifiquen y adicionen, la cual establece el modelo de gestión del servicio farmacéutico, con todos los componentes que le apliquen. Además, el contratista debe contar con un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de los lotes y las fechas de vencimiento de los productos, así como del suministro y el control de calidad de estos, de conformidad con el "Manual de Relacionamiento" vigente y sus versiones posteriores previamente socializadas. **5.** Toda prescripción de medicamentos que realice el contratista deberá hacerse por escrito, previa

evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, cumpliendo los requisitos señalados por el Decreto 780 de 2016, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, utilizando para ello la Denominación Común Internacional -DCI- del medicamento y de conformidad con las guías terapéuticas adoptadas para tal fin. De igual forma, el contratista deberá acogerse a lo establecido en la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que la sustituyan, modifiquen y adicionen, y tener los medicamentos claramente identificados con el Identificador Único de Medicamentos -IUM- (o en su defecto el Código Único Nacional De Medicamentos-CUMS-) adoptado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y exigido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos mediante la Circular 04 de 2006, Circular 11 de 2020 y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen. Así mismo, las prescripciones que no se ajusten a las guías de manejo, deben ser debidamente sustentados bajo evidencia científica citada en el historial clínico del afiliado soportando el Formato de Reacciones Adversas a Medicamentos -FOREAM- en los casos que aplique, siendo evaluada en comité farmacoterapéutico del asegurador. **6.** EL CONTRATISTA deberá responder oportunamente a las solicitudes que realice la EPS de la revisión de los medicamentos acorde con la condición medicas del afiliado, dando respuesta por escrito debidamente sustentada. **7.** Para la identificación de los procedimientos objeto del presente contrato se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- vigente, establecida en la Resolución 2481 de 2020, y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen, y que no hayan sido previamente pactados con la contratante, incluyendo códigos propios de la EAPB y tecnologías pactadas, cuando aplique. **8.** EL CONTRATISTA que habilite nuevas tecnologías en salud las deberá ofertar a la contratante, quien aprobará o no dichos servicios, antes de ser prestados a los afiliados. **9.** Garantizar la asignación de citas a los afiliados a la EAPB, ya sea por vía presencial, telefónica o por cualquier otro medio, y contar con agenda abierta para la asignación de citas durante todos los días hábiles del año, de conformidad con lo señalado en el artículo 1° de la Resolución 1552 de 2013 debiendo en todos los casos dar prelación a la atención de pacientes gestantes, adulto mayor, usuarios con discapacidad, víctimas del conflicto armado Colombiano o que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer de mama y/o aquellos que por su condición clínica lo requieran, ajustando para tales fines su agenda. **10.** Notificar las solicitudes y todo lo referente al derecho a morir con dignidad de los usuarios de Savia Salud EPS al correo muertedigna@saviasaludeps.com. **11.** Garantizar que el listado de las guías de práctica clínica y protocolos de atención serán una orientación para la atención de nuestros afiliados. **12.** Dar cumplimento al Artículo 12 de ley 1171 del 2007 "Consultas Médicas. Sin perjuicio de los derechos que les asisten a los niños y a las niñas, las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos. **13.** Notificar por escrito a la contratante cualquier novedad en materia de portafolio habilitado en un término máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la radicación en la dirección de salud territorial que le corresponda. **14.** Cumplir con los deberes del ejercicio de las profesiones del área de la salud, como lo prevé la normativa vigente incluyendo el registro ante el RETHUS. **15.** Cumplir con las exigencias legales y éticas contenidas en la Resolución 0839 de 2017 o norma que lo adicione, modifique o sustituya para la custodia y gestión de la historia clínica de los pacientes, garantizando en todo momento la reserva legal a la que se encuentra sometido dicho documento. **16.** Contar con el Sistema de Información al Usuario -SIAU-, donde se evalúe la satisfacción del usuario, se realicen acciones de mejoramiento y se garantice respuesta oportuna de las PQRD recibidas directamente por el contratista y las trasladas por el contratante. **17.** Reportar a la contratante los eventos de interés de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, adjuntando los análisis realizados por el comité de farmacovigilancia o quien haga sus veces en la institución. **18.** Notificar a la contratante el nombre y datos del contacto del responsable institucional de dichos programas. **19.**

Realizar el reporte de los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los usuarios con discapacidad mental o física, o cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual, acompañada de la respectiva notificación ante las autoridades competentes (justicia y protección). **20**. LA CONTRATISTA debe velar por una buena calidad de la información consignada en la historia clínica, que soporte de manera adecuada los requerimientos solicitados durante el reporte y las auditorías, que además son insumo para el cálculo de indicadores que definen la capacidad y nivel de desarrollo de la gestión del riesgo de LA CONTRATANTE y además los montos de los recursos a distribuir. **21.** Las partes acuerdan generar los mecanismos suficientes y necesarios para garantizar la interoperabilidad de la historia clínica que estará sujeta a las necesidades tecnológicas de integración de la información, así como a la incorporación al sistema transaccional implementado por LA CONTRATANTE, conservando la integralidad, disponibilidad de los datos, desde su fuente primaria. Lo anterior, se realizará única y exclusivamente conforme a lo que indique la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin imponer desarrollos, integraciones o plazos distintos a los allí definidos. **22.** En el marco de la Resolución 2626 de 2019 Modelo De Atención Integral Territorial (MAITE) y las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), se hace necesario que LA CONTRATISTA participe de manera activa en la implementación de los lineamientos definidos, y la articulación con las prioridades definidas de LA CONTRATANTE. Lo anterior en cumplimiento al modelo de atención Rutas Integrales de Atención, con el fin de garantizar la calidad de la misma, en términos de resultados en salud. **23.** El Prestador Complementario es responsable del adecuado funcionamiento de la contrarreferencia del paciente y del manejo cuando por las condiciones de su enfermedad requiere tecnología médica especializada no disponible en el Prestador Primario y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y/o multi enfermedad. **24.** Ordenar las tecnologías NO PBS a través de la plataforma Mipres, según la normatividad vigente. **25.** Entregar a LA CONTRATANTE los documentos que se requieran para la realización de la Junta de Profesionales de la salud, si hubiera lugar a ella, de acuerdo con la normativa vigente. **26.** Brindar una atención oportuna que evite complicaciones o ingreso que conlleven a solicitud de servicios de mayor complejidad. **27.** Brindar una atención integral que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud enfocados en el impacto de la satisfacción y calidad de vida de los usuarios. **28.** Impactar positivamente en la satisfacción y salud de la población evitando requerimientos atribuibles a PQRSDF y tutelas. **SÉPTIMA. - OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE:** Para hacer viable la ejecución del presente contrato, SAVIA SALUD EPS se compromete a lo siguiente: **1.** EL CONTRATANTE deberá realizar los pagos en la forma y oportunidad establecidas, de acuerdo con las facturas presentadas y debidamente soportadas, incluyendo el acta o informe mensual; teniendo en cuenta que se reciba a satisfacción de la EPS. **2.** EL CONTRATANTE deberá reportar en forma oportuna, las deficiencias o anomalías que detecte en el servicio, así como las sugerencias que estime convenientes sobre el desarrollo de las actividades de los recursos y sobre posibles mejoras al mismo. **3.** EL CONTRATANTE deberá coordinar la interacción de las áreas usuarias y áreas técnicas con los funcionarios de EL CONTRATISTA. **4.** EL CONTRATANTE deberá suministrarle la información y atender de manera oportuna las consultas que EL CONTRATISTA requiera para la ejecución de los servicios y el desarrollo adecuado del objeto del contrato. **5.** EL CONTRATANTE deberá realizar la supervisión a través de la persona designada para ello, quien velará por el cumplimiento de las condiciones contractuales, especialmente previo a cada pago. **6.** EL CONTRATANTE deberá asistir a reuniones periódicas con EL CONTRATISTA para evaluar la ejecución del

contrato y proponer acciones correctivas si son requeridas. **7.** Ejercer el seguimiento del contrato para efectos de lograr la correcta ejecución de este. **8.** Suministrar la información necesaria, completa y oportuna para desarrollar el objeto del contrato. **9.** Las demás que surjan de la ejecución del presente contrato y demás fuentes del derecho que sean aplicables. **OCTAVA. - ACTIVIDADES DE APOYO DE LA CONTRATANTE: 1)** Realizar labores de auditoría conforme al Decreto 441 de 2022, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad - SOGC. **2)** Garantizar el canal de comunicación 24 horas al día los 7 días de la semana que permita conocer la red prestadora para los procesos de referencia y contrarreferencia. **3)** Ejercer la auditoría de cuentas. **4)** Facilitar mediante estrategias de acompañamiento la gestión técnica y operativa de los indicadores para medir los resultados en salud. **NOVENA. - COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS:** LA CONTRATISTA cobrará a los afiliados los copagos, cuotas moderadoras y de recuperación, según lo establecido en el Decreto 1652 de 2022, emitido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Decreto 780 de 2016 y las demás normas que la aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan sin desconocer las exenciones normativas. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los copagos, cuotas moderadoras y de recuperación que se causen en esta modalidad serán recaudados por LA CONTRATISTA y por este concepto la misma autoriza expresamente a LA CONTRATANTE, a descontar del valor de la facturación mensual lo efectivamente recaudado, el PSS/PTS debe informar y descontar dicho valor directamente de la factura electrónica de venta. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: En caso de no hacerse efectivo el recaudo, LA CONTRATISTA deberá notificar a LA CONTRATANTE la justificación del no pago por parte del usuario, conforme al siguiente mecanismo: 1. El PSS/PTS deberá proponer y suscribir acuerdo de pago al afiliado, en caso de suscribir acuerdo de pago, se entenderá que el valor fue recaudado efectivamente y se descontara el total de la factura. 2. En caso de no lograrse suscribir acuerdo de pago, el PSS/PTS deberá notificar a la EPS mediante el formato dispuesto por Savia Salud EPS (FO-GF-55 - FORMATO DE NO RECAUDO PAGO COMPARTIDO). 3. En caso de no realizar la notificación a la EPS se aplicará la glosa respectiva a cargo de LA CONTRATISTA. **DÉCIMA. - CONDICIONES PARA LA ATENCION DEL AFILIADO**: LA CONTRATISTA prestará los servicios a que se refiere el contrato a quienes presenten su documento de identificación y se encuentren debidamente registrados en la base de datos que dispone la EPS. **DÉCIMA PRIMERA - FORMA DE PAGO**: ***1)*** **PAGO POR EVENTO**: **LA CONTRATANTE** pagará a **LA CONTRATISTA** el valor a que dé lugar por los servicios prestados, mediante giro, a los sesenta 60 días de radicación y aceptación de la factura, sin perjuicio de que las partes puedan pactar nuevos plazos para realizar el pago. **PARÁGRAFO PRIMERO**: El valor final del contrato podrá variar acorde con el número de atenciones prestadas o la inclusión o exclusión de servicios durante la vigencia. **DÉCIMA SEGUNDA- RADICACIÓN:** En concordancia con la Resolución 2275 de 2023 y 1884 de 2023, se establece la obligatoriedad de reportar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS— de todas las atenciones de salud realizadas, como soporte de la factura electrónica de venta en salud, con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales —DIAN— y del Ministerio de la Salud y la Protección Social a través de su plataforma con la generación del código único de validación —CUV—

. El reporte de los RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud, de acuerdo a los términos que define el Ministerio de Salud y Protección Social, debe contener toda la información relacionada en los anexos técnicos de las resoluciones antes mencionadas, velando por la adecuada calidad del dato. Además, de acuerdo con la Resolución 00001884 de 2024 se debe registrar el número del contrato objeto de facturación. Cuando exista contrato o en caso contrario, irá vacío. Se reporta solo si se ha suscrito contrato que cubra los ítems facturados. Las entidades obligadas a Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud (Artículo 4, Ley 1966 de 2019), deberán diligenciar el código del número de contrato que les expida esta plataforma una vez esté disponible. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El reporte de los RIPS deberá realizarse periódicamente, (siempre y cuando no supere los veintidós 22 días hábiles para radicar después de la generación de la factura electrónica de venta) y debidamente diligenciados y procesados (CUV), garantizando consistencia y calidad de los mismos. Deberá presentar la factura electrónica de venta, con los ítems de salud tal como se contempla en la resolución 2275 de 2023 y 1884 de 2023, y de acuerdo al tipo de contrato establecido con Savia Salud EPS, con los soportes establecidos en la Resolución 2284 de 2023 del Ministerio de la Salud y la Protección Social, los cuales deben enviarse al correo electrónico facturacionelectronica@saviasaludeps.com con el archivo adjunto único .zip y estructura correcta del asunto del correo, tal como se describe en la resolución 000165 de 2023 numeral 9.1, además realizar el proceso de radicación por nuestra plataforma misional Conexiones, donde debe reportarse: XML de la factura electrónica de venta en salud, JSON correspondiente a los RIPS y CUV generado por el ministerio. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: La facturación de medicamentos deberá ajustarse al Código Único Nacional de Medicamentos -"CUMS" adoptado por el Ministerio de la Protección Social, y exigido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos mediante la Circular 04 de 2006, modificada por la Circular 6 de 2018, y demás normas vigentes. **PARÁGRAFO TERCERO:** Para servicios NO incluidos en el PBS, facturará, cuando aplique, a nombre de SAVIA SALUD EPS todos los servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud (No PBS) prestados a sus afiliados del régimen contributivo, conforme con lo siguiente: 1. La factura de venta debe ser equivalente a la reportada en la plataforma de MINSALUD, y deberá contener el número de prescripción MIPRES, ID de direccionamiento, ID de entrega, ID de suministro y reporte de facturación, 2. Generar factura por cada MIPRES, es decir, cada MIPRES debe venir con su respectiva factura y soportes, aplicable al ámbito ambulatorio y hospitalario-internación. 3. Asegurarse de que se realice en la factura la marcación correcta de la cobertura. **PARÁGRAFO CUARTO:** El reporte de los RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud, de acuerdo con los términos que define el Ministerio de Salud y Protección Social, debe contener: Tipo de identificación del usuario, número de documento de identificación del usuario, primer apellido, segundo apellido, primer y segundo nombre, tipo de usuario, número de autorización (si aplica), número de prescripción (MIPRES), número de ID entrega de prescripción (MIPRES). PARÁGRAFO QUINTO: De acuerdo con la Resolución 00001884 de 2024 se debe registrar el número del contrato objeto de facturación. Las entidades obligadas a registrarse en el portal del Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud (Artículo 4, Ley 1966 de 2019), deberán diligenciar el código del número de contrato que les expida esta plataforma

una vez esté disponible. **DÉCIMA TERCERA - GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS.** Las partes se sujetan al instructivo de glosas, devoluciones y respuestas previsto en el artículo 6 de la Resolución 2284 del 2023 y el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y al Manual de Relacionamiento y Manual de Auditoría de LA CONTRATANTE, que hacen parte integral del Contrato, así como las demás normas vigentes que las modifiquen, aclaren o adicionen. **DÉCIMA CUARTA - DEDUCCIONES O DESCUENTOS:** Las partes podrán acordar descuentos comerciales y/o financieros por pronto pago, volumen, u otras que la dinámica de la prestación del servicio de salud permita y como lo prevea el *"Manual para la Gestión del Riesgo basado en Rutas Integrales para la Atención en Salud- RIAS"*. **DÉCIMA QUINTA- SISTEMA DE INFORMACIÓN**: LA CONTRATISTA se obliga a suministrar a LA CONTRATANTE la información generada, siguiendo los formatos y procedimientos implementados para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución 2336 de 2023 o norma vigente. **DÉCIMA SEXTA- IDENTIFICACIÓN DE ATEL**: LA CONTRATISTA se obliga a adoptar un proceso de identificación del origen de los eventos de salud. Como resultado del mismo deberá informar a LA CONTRATANTE dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la sospecha de un evento de origen laboral. **PARÁGRAFO:** Siempre y cuando se hayan emitido las autorizaciones correspondientes y se surta el proceso pertinente ante la ARL que nos permitan el recobro. Los servicios o procedimientos que se brinden en los eventos contemplados en la presente cláusula deberán ser facturados dentro del mes siguiente a su prestación. Si en razón a la facturación extemporánea LA CONTRATANTE pierde la oportunidad de realizar el recobro a la respectiva ARL, LA CONTRATISTA perderá el derecho al pago de estos servicios. **DÉCIMA SÉPTIMA- GARANTÍAS:** Para amparar los riesgos que se generen con la ejecución del presente contrato, LA CONTRATISTA se obliga a tomar con una compañía de seguros legalmente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la suscripción del mismo, la siguientes pólizas: Póliza de responsabilidad civil con amparo adicional para CLÍNICAS, HOSPITALES, LA CONTRATISTA deberá constituir a su costo la póliza expedida por una compañía de seguros legalmente constituida y aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia, en la que ampare a LA CONTRATISTA de eventuales reclamaciones de terceros derivadas de la responsabilidad extracontractual por las actuaciones, hechos u omisiones de LA CONTRATISTA o sus funcionarios. La póliza debe cubrir la vigencia del término del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** LA CONTRATISTA mantendrá vigente hasta la liquidación del presente contrato y sus otro si, adiciones o modificaciones, las garantías a las cuales se refiere esta cláusula. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** LA CONTRATISTA deberá presentar a LA CONTRATANTE dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la firma del presente contrato, un ejemplar de las pólizas de que trata la presente cláusula y recibo, constancia o certificación expedida por la compañía de seguros en la que conste el pago de las mismas y el respectivo clausulado de las garantías. Si LA CONTRATISTA no cumple con esta obligación LA CONTRATANTE está facultada para suspender los pagos hasta tanto se subsane este incumplimiento. En caso de que LA CONTRATISTA no constituya las pólizas o no subsane las mismas, LA CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato unilateralmente, sin lugar a indemnización. **PARÁGRAFO TERCERO:** LA CONTRATISTA garantizará que

todos y cada uno de sus profesionales de salud (adscritos o vinculados) cuenten con la respectiva póliza de responsabilidad civil profesional que garantice el pago de cualquier perjuicio que se derive del ejercicio de su actividad. **DÉCIMA OCTAVA – CESIÓN:** LA CONTRATISTA no podrá ceder las obligaciones del contrato, ni los derechos emanados del contrato a persona alguna, sin previa autorización expresa y escrita de LA CONTRATANTE, pudiendo ésta reservarse las razones para negarse a autorizarla. **DÉCIMA NOVENA - SUSPENSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** LA CONTRATISTA se obliga a prestar de forma continua el servicio, salvo en casos de fuerza mayor o caso fortuito que origine la suspensión del servicio, quedando a discreción de LA CONTRATANTE contratar la prestación del servicio con otro prestador por el tiempo que dure la suspensión. Los eventos de fuerza mayor o caso fortuito no serán tenidos como causal de incumplimiento, ni de terminación del contrato, pero se podrá negociar el valor del mismo por el tiempo no ejecutado. **VIGÉSIMA – INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y/O CONFLICTOS DE INTERÉS:** LA CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se encuentra incursa en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad para celebrarlo de conformidad con el artículo tercero del Decreto 0973 de 1994, ni las del Régimen de Contratación Pública, ni las establecidas en el Estatuto de Contratación de SAVIA SALUD EPS. De presentarse causal de inhabilidad y/o incompatibilidad o conflicto de interés sobreviniente, será su obligación informarlo a LA CONTRATANTE, quien a su vez procederá inmediatamente a la terminación unilateral del contrato, sin lugar a indemnización alguna. **VIGÉSIMA PRIMERA - RÉGIMEN CONTRACTUAL:** El presente contrato es de naturaleza comercial y, por lo tanto, se regirá por los preceptos del derecho privado, particularmente, por la normativa propia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial, las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, Decretos 4747 de 2007, 1683 de 2013, 780 de 2016, Resolución 2804 de 2025, Resolución 1962 de 2025 y Decreto 0228 de 2025 y demás normas que por su naturaleza le pertenezcan o que adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan las antes mencionadas. **VIGÉSIMA SEGUNDA – RESPONSABILIDAD E INDEMNIDAD:** LA CONTRATISTA responderá civil, disciplinaria, fiscal y/o penalmente por sus acciones u omisiones o las del personal a su cargo, ya que los servicios se contratan bajo condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia. Así, deberá dejar indemne a LA CONTRATANTE por cualquier reclamación, sanción o condena que le vincule. En el caso de que LA CONTRATANTE deba pagar por la reclamación de un tercero, debidamente establecida, mediante sentencia judicial o decisión administrativa, la responsabilidad de LA CONTRATISTA, esta última reintegrará lo pagado. En el marco de la ejecución del presente contrato, si existieren pagos pendientes a favor de LA CONTRATISTA, LA CONTRATANTE podrá retener de éstos los valores que debió pagar por causa de LA CONTRATISTA, siempre que exista sentencia judicial que así lo declare. **VIGÉSIMA TERCERA - EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** Las partes expresamente declaran la exclusión de cualquier tipo de relación laboral entre ellas, como con el personal que emplee LA CONTRATISTA para la ejecución y cumplimiento del presente contrato. Así, LA CONTRATISTA actuará por su propia cuenta y riesgo, con absoluta autonomía administrativa, técnica y financiera y no estará sometida a subordinación ni solidaridad laboral con LA CONTRATANTE, y sus derechos se limitarán

de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones que la misma fija a LA CONTRATANTE. **PARÁGRAFO PRIMERO:** LA CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a LA CONTRATANTE frente a cualquier reclamación o demanda laboral proveniente del personal que haya destinado para la ejecución del presente contrato. Los empleados de cada una de las partes no se considerarán, bajo ningún supuesto, representantes, agentes o empleados de la otra. En todo caso, el personal de LA CONTRATISTA que trabaje en el desarrollo de la relación que surja del presente contrato, estará vinculado en forma tal que se garantice su disponibilidad para la ejecución de las distintas actividades aquí mencionadas, y dependerá exclusivamente de LA CONTRATISTA quien será su única empleadora y responderá por sus salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y demás gastos a que esté obligada. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** LA CONTRATISTA asumirá todos los costos que ocasione la defensa de LA CONTRATANTE por demandas del personal designado para la ejecución del contrato por parte de LA CONTRATISTA. En el evento que por decisión judicial o administrativa, incluso extrajudicial, LA CONTRATANTE deba pagar cualquier concepto laboral relacionado con empleados de LA CONTRATISTA o empleados de los subcontratistas de LA CONTRATISTA, ésta deberá restituir los montos a LA CONTRATANTE dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en la que se le informe de tal hecho, sin perjuicio de la facultad de LA CONTRATANTE de descontar tales sumas de aquellas que deba pagarle a LA CONTRATISTA por cualquier concepto en el marco de la ejecución del presente contrato. **VIGÉSIMA CUARTA - AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA**. Para el desarrollo del presente contrato, LA CONTRATISTA actuará con plena independencia y autonomía económica, financiera, técnica, científica y administrativa, y sin desmedro de su poder de decisión. Todo lo anterior, sin que se vulneren o desconozcan normas jerárquicamente superiores contenidas en la Constitución y la Ley. Será obligación de LA CONTRATANTE no injerir ni tomar ninguna medida que implique afectar la autonomía, independencia y el poder de decisión de LA CONTRATISTA. Para el desarrollo y la ejecución del contrato, LA CONTRATISTA contará con sus propios empleados y realizará las inversiones que considere necesarias para el cumplimiento del presente contrato, con sus propios recursos o con los de terceros, pero en ninguna circunstancia con recursos de LA CONTRATANTE. Lo anterior, con excepción de aquellos que tengan origen en el pago de servicios derivados del presente contrato. LA CONTRATISTA, asumirá sus propios riesgos. **VIGÉSIMA QUINTA - IDONEIDAD**. Las partes declaran su vasta experiencia e idoneidad en el desarrollo de sus objetos sociales y en las actividades que las llevan a la celebración del presente contrato. Es entendido por las partes que el presente contrato se realiza intuito personae por la trayectoria de estas. **VIGÉSIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Ante cualquier controversia las partes deberán acudir inicialmente a los mecanismos de arreglo directo, tales como conciliación, amigable composición o transacción, o en su defecto, se recurrirá a la mediación de la Superintendencia Nacional de Salud como ente conciliador, según las facultades de la Ley 1122 de 2007. Si transcurridos cuatro (4) meses de formulada la diferencia contractual, ésta no ha podido ser resuelta mediante alguno de dichos mecanismos, las partes quedan en libertad de acudir a la justicia ordinaria. **VIGÉSIMA SÉPTIMA – AUDITORÍA:** La auditoría estará a cargo de cada una de las áreas de LA

CONTRATANTE o por quienes éstas deleguen que intervengan en la ejecución del presente contrato, de acuerdo con sus funciones y responsabilidades según el Manual de Auditoria Interno que hace parte Integral del presente contrato, el cual se ejercerá acorde con lo establecido en los procesos, procedimientos e instructivos de LA CONTRATANTE. **VIGÉSIMA OCTAVA -TERMINACIÓN**: Las causales de terminación son: **A.** Por mutuo acuerdo. **B.** Expiración de la vigencia. **C.** De forma anticipada, por imposibilidad de cumplimiento del servicio. **D.** Justa causa por parte de LA CONTRATANTE si se presenta alguna de las siguientes causas: **1)** Incumplimiento de LA CONTRATISTA de las obligaciones consignadas en el presente contrato y las necesariamente conexas de Ley, incluyendo la constitución de pólizas dentro del término concedido; **2)** El no contar con la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y demás normas vigentes que los aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan por parte de LA CONTRATISTA; **3)** Por disolución de la persona jurídica de LA CONTRATISTA. En caso de reorganización empresarial, fusión, o venta, LA CONTRATISTA deberá mantener las condiciones contratadas en presente acuerdo, sin que ello afecte la continuidad en la prestación del servicio. **4)** LA CONTRATANTE se encuentra en el deber de terminación unilateral cuando se presenten causales de inhabilidad o incompatibilidad, cesión o subcontratación indebida, incursión de conductas prohibidas por parte de LA CONTRATISTA. En virtud de lo anterior, la terminación se hará de inmediato, sin obligación de indemnizar a LA CONTRATISTA **5)** Por el incumplimiento reiterativo e injustificado por parte de LA CONTRATISTA a los planes de mejoramiento que se acuerden por las partes, de conformidad con los hallazgos encontrados en las auditorías y visitas de calidad**. 6)** Por la inclusión de cualquier registro, documentos o informe, por parte de LA CONTRATISTA, de información inexacta o irreal acerca de la atención dada o la omisión de la misma. **7)** LA CONTRATANTE queda expresamente autorizada para dar por terminado el presente contrato por decisión unilateral, si como consecuencia de una investigación administrativa interna, judicial o adelantada por un ente de vigilancia y control, resultare implicado LA CONTRATISTA en actos que afecten la transparencia, la buena fe, y/o lealtad contractual. En tal evento, LA CONTRATANTE notificará a LA CONTRATISTA las razones para considerar la terminación del contrato, para que a su vez efectúe las explicaciones correspondientes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la comunicación, transcurridos los cuales, LA CONTRATANTE le notificará su decisión final en el evento que la decisión tomada sea de terminación unilateral del contrato, la comunicación escrita se efectuará con una antelación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de terminación definida. En todo caso, la notificación de la terminación unilateral del contrato en este evento no podrá exceder los sesenta (60) días calendario, siguientes a la comunicación de los hallazgos efectuados por LA CONTRATANTE**. E)** Por decisión judicial o disposición administrativa de autoridad competente. **F)** Por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la normatividad aplicable a las partes o por sanciones impuestas por los entes de control que afecten el cumplimiento, desarrollo y en general satisfacción del objeto del presente Contrato, o encontrarse reseñado éste en el listado del Office of Foreign Assets Control -OFAC-, emitida por el departamento del tesoro de los Estados Unidos, o cualquier lista restrictiva SARLAFT similar. **G).** Por decisión unilateral, por cualquiera de las partes, siempre y

cuando medie una notificación escrita previa por la otra parte, no podrá ser inferior a cuarenta y cinco (45) días calendario a la fecha de terminación deseada, sin que por esto cause indemnización a favor de la otra parte. **H).** Por entrar cualquiera de las partes en las causales de liquidación, disolución, o por escisión, transformación o tramite concursal de la persona jurídica. **I).** El contrato podrá darse por terminado en el momento en que la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS quede(n) implementada(s). **VIGÉSIMA NOVENA - POLÍTICA DE PROTECCIÓN A DATOS:** De conformidad con lo establecido en el artículo 14 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012 o norma vigente, LA CONTRATISTA, como titular de la información, declara y autoriza para que LA CONTRATANTE conserve todos los datos suministrados en los distintos formularios, contratos, cotizaciones y en los demás documentos anexos a los mismos. Estos datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la relación contractual. El tratamiento de datos está sujeto a los mecanismos dispuestos para que LA CONTRATISTA haga valer sus derechos contenidos en las políticas de tratamiento de la información a través del e-mail "*contratación@saviasaludeps.com*", mediante el cual LA CONTRATISTA podrá comunicarse con el área de contratación encargada del manejo de los datos personales. A través de este canal LA CONTRATISTA podrá hacer uso de sus derechos que incluyen la presentación de solicitudes, actualizaciones, solicitar rectificaciones y supresiones de todos sus datos personales. Los datos personales de LA CONTRATISTA serán incluidos en una base de datos y serán utilizados, entre otras, para las siguientes finalidades: **A.** Codificar en los sistemas de LA CONTRATANTE las solicitudes de vinculación como clientes y/o proveedores. **B.** Informar sobre nuevos productos o servicios. **C.** Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con los clientes, proveedores, y empleados de LA CONTRATANTE. **D.** Disponer de canales de comunicación seguros, gratuitos, eficientes, disponibles y agiles relacionados con los servicios de LA CONTRATISTA y facilitar al usuario el acceso general a la información de esto servicios de manera virtual, presencial y telefónica. **E.** Proveer los servicios a LA CONTRATANTE.**F.** Informar sobre cambios de los servicios a LA CONTRATANTE. **G.** Evaluar la calidad del servicio. **H.** Realizar estudios, encuestas, estadísticas, entre otros. **I.** Consultar, reportar, procesar y trasferir información a centrales de riesgo. **TRIGÉSIMA - GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE LA CONTRATANTE:** A su vez, LA CONTRATISTA, dando aplicación a los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012 o las demás normas que la aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan, deberá garantizar la protección a los datos de orden personal e institucional que en razón del servicio le sean compartidos, aplicando las políticas de protección de su información de manera integral, que le permitan garantizar la efectiva protección y cumplir con los deberes de cuidado y reserva de la información de datos personales y/o sensibles. Para ello, entre otras medidas, informará el correo electrónico oficial de la entidad. Igual disposición será aplicable para LA CONTRATANTE, cuando en virtud del presente contrato tenga acceso a datos personales de pacientes de LA CONTRATISTA, quedando igualmente obligada al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013, así como en las normas que lo modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan, aceptando someterse a las siguientes reglas para el efecto: **A)** Utilizará los datos personales a los cuales tenga acceso en virtud de este contrato, única y exclusivamente para aquellas actividades indispensables para la

ejecución del mismo, y de conformidad con lo previsto en las normas mencionadas. **B)** Los datos personales revelados se considerarán información confidencial y su revelación no será permitida salvo que medie autorización previa y expresa de la otra parte, en los términos de la Ley aplicable. **C)** Adoptará todas las medidas de seguridad que garanticen la integridad de la información, acordes con la naturaleza de la información tratada. **D)** La información que reciba en virtud de este contrato, será tratada de conformidad con las políticas de protección de datos personales de LA CONTRATISTA, las cuales declara conocer. **TRIGÉSIMA PRIMERA - PROHIBICIONES: A)** El presente contrato, como los derechos y obligaciones que del mismo deriven no podrán cederse en todo o en parte por LA CONTRATISTA, salvo que exista autorización expresa y escrita por parte de LA CONTRATANTE. **B)** No podrán cobrarse multas por inasistencia a citas médicas de conformidad con lo establecido en el art. 55 de la Ley 1438 de 2011. **C)** LA CONTRATISTA deberá abstenerse de realizar prácticas no reconocidas por las sociedades científicas médicas, ni aquellas prohibidas por la Ley o prácticas discriminatorias en la prestación de sus servicios. **D)** LA CONTRATISTA no podrá suspender intempestivamente la prestación de los servicios de salud por motivos de índole eminentemente administrativa, debiendo dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 013 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. En caso de existir diferencias con LA CONTRATANTE, deberá procederse de conformidad con lo establecido en la cláusula decimonona del presente contrato, sin que en momento alguno pueda haber afectación a la continuidad y calidad en la prestación de los servicios contratados. **E)** LA CONTRATISTA se obliga a no realizar investigaciones científicas con recursos económicos, técnicos y científicos de LA CONTRATANTE, salvo previo acuerdo entre las partes. **F)** Igualmente se obliga a no utilizar, con cargo a los recursos económicos, técnicos y administrativos de LA CONTRATANTE servicios y tecnología médica no aprobada por las entidades competentes y conforme con las normas de ética médica y demás disposiciones sobre la materia. **TRIGÉSIMA SEGUNDA - CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:** LA CONTRATISTA se obliga a mantener vigentes la habilitación de servicios, permisos, registros, licencias y títulos especiales que requiera la Ley o las autoridades para el ejercicio de la profesión y actividades contratadas. LA CONTRATISTA asumirá íntegramente la responsabilidad por los perjuicios que se ocasionen a terceros por la extralimitación o por la ausencia de los requisitos, permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la Ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias. **PARÁGRAFO PRIMERO**: En caso de que un servicio, sea inhabilitado por autoridad competente, o por fuerza mayor y/o caso fortuito debidamente comprobado, LA CONTRATISTA deberá informar de manera inmediata al responsable de supervisión contractual designado para el contrato de LA CONTRATANTE y se procederá a la inactivación en el aplicativo Conexiones hasta tanto se compruebe la habilitación del mismo y se procederá al descuento del valor pagado durante el periodo de inhabilitación y aviso a LA CONTRATANTE. **TRIGÉSIMA TERCERA - CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES DE ORDEN PÚBLICO:** En razón de la naturaleza de los servicios prestados, LA CONTRATISTA se obliga dentro del marco que imponen las normas legales vigentes a cumplir, en especial, con aquellas que fijan las condiciones sanitarias, el sistema de quejas, la libre y leal competencia, régimen de referencia y contra referencia, el pago de la tasa de

contribución a la Superintendencia de Salud, el cumplimiento de las obligaciones de reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud (S.N.S.) remitiendo el respectivo soporte de cargue exitoso a LA CONTRATANTE; e igualmente todas las demás obligaciones que le imponen las autoridades públicas. **PARÁGRAFO:** LA CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que: **A)** Se encuentra a paz y salvo con el pago de la tasa anual ante la Superintendencia Nacional de Salud, durante la vigencia de esta relación contractual. **B)** Se encuentra al día con el reporte de información que debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme con lo establecido en la Circular Externa 011 de 2004, para las IPS de naturaleza privada, y la Circular 012 de 2004, para las IPS de naturaleza pública; a través del registro de envío publicado en la página web de Superintendencia Nacional de Salud. **TRIGÉSIMA CUARTA - CONFIDENCIALIDAD**: Las partes se comprometen durante la vigencia del presente contrato y con posterioridad a él, a no publicar, ni divulgar o utilizar para sí o para otras personas, exceptuando las involucradas en el servicio y las entidades de carácter gubernamental que así lo exijan, cualquier secreto comercial, bases de datos, materiales confidenciales, técnicos o de negocios de la otra parte o de cualquier otra persona a quien éstas deban confidencialidad. Cualquier duda que exista en la clasificación de la información, deberá ser referida a la otra parte para su evaluación y decisión de si deberá ser tratada como confidencial. En tal virtud cada una de las partes desde ahora se obliga en forma expresa a mantener en absoluta confidencialidad y a no divulgar a terceros toda información y documentación que reciba de la otra parte en virtud de la ejecución del presente contrato. Cada una de las partes se obliga además a supervisar y en este acto garantiza a la otra parte el cumplimiento por parte de sus empleados, funcionarios y demás personas de su organización, con las obligaciones contenidas en la presente cláusula. Las obligaciones de las partes conforme a este artículo subsistirán aún después de la terminación de este contrato, por cualquier causa. **TRIGÉSIMA QUINTA - MODIFICACIONES**: Las modificaciones de este contrato que no se ajusten a aquellas susceptibles de cambio a través de extracto de acta del comité de contratación, deberán elaborarse a través de otrosí al presente contrato previo acuerdo entre las partes, dejando constancia de la fecha a partir de la cual aplican los cambios y la fecha de suscripción de ésta. Con la suscripción de dicho otro sí se deben adjuntar los documentos que harán parte integral del contrato y perderán vigencia las estipulaciones contractuales anteriores a éste. **TRIGÉSIMA SEXTA - DECLARACIÓN Y AUTORIZACION DE CONSULTA SARLAFT:** Las partes, declaran que tanto los recursos utilizados para dar cumplimiento a este contrato, como sus ingresos, provienen de actividades licitas, que ni ellas ni sus socios, ni administradores, ni personal directo o indirecto, destinado al desarrollo de este contrato, se encuentran con registros negativos en listados de prevención de lavados de activos nacionales e internacionales, ni incurren en los delitos fuente de lavado de activos, ni financiación del terrorismo o conexos. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Las partes reconocen que la celebración del presente contrato se hace en consideración a las anteriores declaraciones y que, en el evento en que cualquiera de las partes tenga conocimiento por cualquier medio de que las mismas han dejado de ser válidas respecto de la otra y/o que se presente una negativa a efectuar una declaración de alcance similar sobre nuevas conductas tipificadas como ilícitas durante el plazo de vigencia del contrato, las partes, algunos de sus administradores o socios llegaren a resultar inmiscuidos en una

investigación de cualquier tipo (penal, administrativa, etc.) relacionada con actividades ilícitas, lavado de dinero o financiamiento del terrorismo, o fuesen incluidos en listas de control como las de la ONU, OFAC, etc. se entenderá que la parte no vinculada queda facultada para terminar unilateralmente y con justa causa el presente contrato sin que haya lugar al pago de indemnización alguna. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En virtud de lo anterior, cada una de las partes responderá por los perjuicios que se generen a la otra y/o a un tercero por el incumplimiento de lo establecido en la presente cláusula. **PARÁGRAFO TERCERO:** LA CONTRATISTA, con la suscripción de este contrato, se compromete a diligenciar el formato de vinculación y presentar los soportes requeridos por el proceso SARLAFT para tal fin y autoriza a LA CONTRATANTE para efectuar las consultas respectivas en las listas de riesgos nacionales o extranjeras para estos efectos. **PARÁGRAFO CUARTO:** Así mismo, las partes declaran que han identificado plenamente a las personas naturales o jurídicas que a título personal o directo serían beneficiarias reales del presente contrato, así como el origen de sus recursos, con el fin de prevenir actividades u operaciones de lavado de activos Ley 1121 de 2006, Circular 0009 del 21 de abril de 2016 que le aplican a la EPS y el artículo 23 de la Ley 1508 de 2012 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. Para efectos del presente contrato se entiende por beneficiario real la definición del la Circular Externa 000009 de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, así como las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. **PARÁGRAFO QUINTO:** Las partes se obligan a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc. no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas, especialmente las relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo. **PARÁGRAFO SEXTO**: Ante el evento de que un prestador no pase los filtros establecidos en el parágrafo primero de esta cláusula, LA CONTRATANTE podrá terminar el contrato unilateralmente de manera inmediata y suspenderá los pagos pendientes, con aviso AL CONTRATISTA. **TRIGÉSIMA SÉPTIMA - SUPERVISIÓN CONTRACTUAL:** LA CONTRATANTE ejercerá la supervisión del presente contrato a través del Profesional de Seguimiento a la red o quien haga sus veces, conforme con lo dispuesto en las normas internas expedidas para tal efecto por EL CONTRATANTE, así como lo estipulado en la presente minuta y demás normas vigentes. **PARÁGRAFO:** LA CONTRATANTE se reserva el derecho de realizar las visitas de monitoreo y seguimiento que estime convenientes. De igual forma, con la finalidad de asegurar que la prestación del servicio por parte de LA CONTRATISTA se haga en condiciones óptimas de calidad, LA CONTRATANTE podrá inspeccionar, verificar el servicio e igualmente hacer sugerencias por escrito para que LA CONTRATISTA corrija las deficiencias en la prestación del servicio y constatar las condiciones en las cuales se están prestando los servicios dentro de los parámetros que define el Ministerio de Salud dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Salud, o quien este delegue para tal fin. **TRIGÉSIMA OCTAVA - CLÁUSULA PENAL:** El incumplimiento parcial o total de las obligaciones derivadas de este contrato por parte de LA CONTRATISTA genera el derecho para LA CONTRATANTE a exigir el pago de una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor estimado del contrato. **TRIGÉSIMA NOVENA - CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO:** LA CONTRATISTA declara su adhesión a los parámetros del Código de Ética y de Buen Gobierno de LA CONTRATANTE

y manifiesta su intención firme de suscribir en lo pertinente los acuerdos de gestión ética, que le sean entregados directamente. **CUADRAGÉSIMA - INDIVISIBILIDAD**: Si alguna autoridad competente invalidara uno o varios de los acuerdos que se deriven de la suscripción del presente contrato, las partes efectuarán las correcciones necesarias, de tal forma que se cumpla el propósito previsto por ellas y se acojan las normas aplicables. Si una o varias de las cláusulas de este contrato se declaran inválidas, o si la autoridad competente les otorga aplicación o interpretación diferente a la pretendida, seguirá vigente el resto del negocio jurídico, a menos que la cláusula o cláusulas invalidadas lo hagan ineficaz, caso en el cual terminará inmediatamente con la simple notificación escrita que se envíe por alguna de las partes. **CUADRAGÉSIMA PRIMERA – SUBSISTENCIA DE OBLIGACIONES:** Las obligaciones a cargo de las partes que deban cumplirse con posterioridad a la terminación del contrato continuarán vigentes y exigibles hasta su perfeccionamiento y/o plena ejecución. **CUADRAGÉSIMA SEGUNDA - LEGALIZACIÓN:** El acuerdo de voluntades se perfecciona con la suscripción de las partes del contrato y del Anexo 1. Listado de servicios contratados, previa entrega de todos los documentos legales y se legaliza e inicia cuando se da el cumplimiento de los requisitos para su ejecución, es decir, garantías establecidas, aprobación de las mismas y suscripción del acta de inicio. **CUADRAGÉSIMA TERCERA – GESTIÓN MIPRES:** La Gestión y prescripción de tecnologías no incluidas en el plan básico de beneficios en salud con cargo a la UPC y servicios complementarios a través de la plataforma MIPRES para el régimen contributivo. Se deberá realizar de la siguiente manera: La gestión de las solicitudes de las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC y servicios complementarios por parte de la EPS e IPS que hacen parte de la red de prestadores se realizará de acuerdo con la normatividad vigente, Resolución 2718 del 2024, teniendo en cuenta lo establecido Resoluciones 740 de 2024, Resolución No 2622 de 2024. Resolución 3055 de 2018, Resolución 067 de 2025 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. En cumplimiento de la Ley anti-trámites reglamentada mediante el Decreto 0019 de 2012, las solicitudes de tecnologías de presupuesto máximo deberán ser gestionadas directamente entre prestador y asegurador. La prescripción de tecnologías No financiadas con cargo a la UPC y servicios complementarios por parte de las IPS se realizará a través de MIPRES (Mi prescripción), plataforma tecnológica habilitada por el Ministerio de Salud y Protección Social que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC para los afiliados al régimen contributivo.

Las IPS, operadores logísticos y proveedores, para activarse en la plataforma MIPRES deben:

- Las IPS deben estar registradas y habilitadas en el REPS (registro especial de prestadores de servicios de Salud) Resolución 3100 de 2019.
- El representante legal de las IPS, operadores logísticos y proveedores debe estar registrado como persona natural y como persona jurídica en la página web *https://miseguridadsocial.gov.co/* y asignar un delegado que será el Administrador de Usuarios y el responsable de asegurar para cada actor la activación de funcionalidades que corresponda dentro del aplicativo web en el administrador de usuarios.
- El delegado administrador deberá estar previamente inscrito en la página web *https://misequridadsocial.Qov.co/como* persona natural.
- Todos los usuarios de la plataforma MIPRES de la IPS deben estar previamente registrados en *https://misequridadsocial.qov.co.*

- Implementar el Módulo-administración-usuario de la plataforma MIPRES del Ministerio de salud y protección social. *https://hercules.sispro.90v.co/SecuritvWeb2/InciresoAdmin.asp.*
- Las IPS deben validar que sus profesionales estén registrados en el RETHUS y adicionalmente con el rol que vayan a ejercer en la institución (prescriptor para médicos, odontólogos y optómetras u ordenador para el caso de los profesionales en nutrición) y posteriormente activarlos en la plataforma MIPRES del Ministerio de Salud y protección social para así poder realizar las prescripciones de tecnologías No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios mediante la plataforma.
- Las IPS deben implementar la versión 2.0 de MIPRES y tener en cuenta la actualización de los códigos MIPRES para realizar los ajustes correspondientes con el área de adquisiciones 8.6 (versión actual) la cual pueden visualizar a través de la página del ministerio *https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx.*
- Las IPS deben implementar el Anexo Técnico Modulo Dispensador - Proveedores.
- Las IPS deben implementar el Anexo Técnico Reporte de Facturación.
- Una vez las IPS, operadores logísticos o proveedores hagan parte de la red de prestadores de Savia Salud EPS (relación contractual) y cumpla con lo definido anteriormente debe solicitar al Líder MIPRES de la EPS a través del correo *tramitemipres@saviasaludeps.com*, la activación (enrolamiento) como IPS, operadores logísticos o proveedores, para la prestación de tecnologías no UPC; enviando así la imagen de referencia de inscripción en el aplicativo MIPRES, el número del NIT registrado y el nombre del representante legal y hasta que no se confirme que se encuentra activo y enrolado en la plataforma no podrá realizar ninguna atención que requiera de direccionamientos por solicitud MIPRES.
- En caso de requerirse el diligenciamiento del formato de contingencia, por cualquiera de las causas normativas debe ser enviado el formato vigente y completamente diligenciado dentro de las (24) horas siguientes, con la descripción específica del motivo de diligenciamiento, al correo *tramitemipres@saviasaludeps.com* con el siguiente asunto: Tipo Documento - Numero Documento Afiliado - Formulario Contingencia - Tipo de Tecnología.
- Las IPS tendrán la responsabilidad de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud de acuerdo con la obligatoriedad establecida en las Resolución 740 de 2024 Art 5. Art 10, Art 17 al Art 26, respectivamente y deberán garantizar la conformidad de los integrantes establecidos teniendo en cuenta que no podrá participar personal administrativo, deberán realizar el reporte oportuno de la decisión adoptada por la Junta de Profesionales de la Salud en el aplicativo MIPRES y el envío de los soportes a SAVIA SALUD EPS, Art 23, Resolución 740 de 2024.
- Las actas de juntas de profesionales y consentimiento informado deberán enviarse a través del correo electrónico *tramitemipres@saviasaludeps.com* con el siguiente asunto Tipo Documento - Numero Documento Afiliado - Acta de Junta de Profesionales o consentimiento informado— Tipo de tecnología en los tiempos establecidos en la normatividad.
- En caso de requerirse la participación de la líder de la ruta y el asesor Internista de la EAPB, a la junta de profesionales debe de desarrollarse en jornada de la tarde, con una notificación mínima de una semana de antelación.

- Si la EABP recibe prescripciones de otras IPS diferentes a la contratada se deberá dar respuesta de la pertinencia de esta en un tiempo inferior a 48 horas calendarios siguientes a la solicitud de análisis.
- Las IPS, operadores logísticos y proveedores deben cumplir con el reporte de entrega efectiva de suministros y facturación de las tecnologías en salud o servicios complementarios a la EPS y a la autoridad competente, por medio de la herramienta MIPRES.
- Cuando se trate de servicios ambulatorios el reporte del suministro efectivo se deberá realizar en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, mediante los mecanismos tecnológicos dispuestos por este Ministerio para dicho reporte. Para este efecto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros proveedores entregaran a la respectiva entidad responsable del afiliado la información necesaria para el mencionado reporte con la periodicidad mencionada. Art 31, No. 1, Resolución 740 de 2024.
- Las IPS u otros actores que presten realicen o garanticen el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios deberán reportar a las EPS o EOC en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario de acuerdo con la metodología que se defina. La fecha en la cual se realizó el suministro efectivo. En el evento de no reportar esta información, se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias. Art 31. Resolución 740 de 2024.
- En octubre 2024, Savia salud EPS cambió la plataforma tecnológica para la gestión de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios aplicativo misional CONEXIONES por lo tanto se requiere la gestión con la mesa de servicio de la EPS para consulta a modulo MIPRES – rol prestador.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los Proveedores y otros, en cumplimiento de las Resolución 740 de 2024, consumirá los servicios web, a través del estándar JSON, que el Ministerio de Salud y Protección Social, dispone para el reporte de la información de la dispensación o entrega o aplicación de las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, que se reporten a través del Aplicativo - MIPRES No PBSUPC.
- Si al consumir los servicios web del Ministerio de Salud y Protección Social las IPS, proveedores y otros, encuentra un direccionamiento desde Savia Salud EPS, este es el equivalente a la autorización del servicio.
- De acuerdo con la normatividad vigente no se requieren autorizaciones adicionales al direccionamiento (formatos de direccionamiento, pantallazo del direccionamiento) generado a través de los servicios web del Ministerio de Salud y Protección Social.
- La facturación se realizará de forma individual en cumplimiento a la norma 2275 del 2023 para la facturación de presupuestos máximos (No UPC) con sus respectivos soportes normativos.
- Toda la información relacionada con la plataforma MIPRES de Minsalud se encuentra disponible en: *httDs://www.sisDro.aov.co/central-Drestadores-de-servicios/Paaes/MIPRES.aspx.*
- Cualquier duda e inquietud será atendida a través del correo *tramitemipres@saviasaludeps.com.*

CUADRAGÉSIMA CUARTA- CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: El Contratista/cliente se compromete a cumplir con toda la legislación colombiana aplicable en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, incluyendo, pero no limitado a: Ley 1562 de 2012: Que modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y establece disposiciones para la

seguridad y salud en el trabajo, Decreto 1072 de 2015: Que compila y establece las normas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Resolución 0312 de 2019: Que establece los estándares mínimos del SG-SST. Por consiguiente, EL CONTRATISTA deberá cumplir con los siguientes requisitos;

- Políticas y procedimientos: Contar con políticas y procedimientos documentados relacionados con el SG-SST, y asegurar su implementación efectiva en las actividades realizadas.
- Evaluación de riesgos: Realizar una identificación y evaluación de riesgos asociados a las actividades que se llevarán a cabo en las instalaciones de la empresa y establecer medidas para mitigar dichos riesgos.
- Capacitación y certificación: Proporcionar formación y capacitación a su personal sobre las prácticas de seguridad y salud aplicables a las actividades que desarrollarán en el lugar de trabajo.
- Documentación y registros: Mantener la documentación y registros necesarios que demuestren el cumplimiento de las normativas de SG-SST, y ponerlos a disposición para su revisión por parte de la empresa contratante.
- Coordinación de actividades: Coordinar las actividades con la empresa para garantizar que se respeten las normas de seguridad y salud durante la ejecución de las tareas, y que se tomen medidas para gestionar los riesgos de manera conjunta.

CUADRAGÉSIMA QUINTA- TARIFAS: Las tarifas que operarán serán las acordadas entre las partes para este contrato, y estarán vigentes por doce (12) meses contados a partir de la fecha que se indique en el acta de inicio. PARÁGRAFO PRIMERO: En aquellos eventos en los que LA CONTRATISTA deba prestar servicios que no se encuentren dentro del anexo tarifario del presente contrato y previa autorización de EL CONTRATISTA y previa autorización de EL CONTRATANTE, el valor de los servicios corresponderá al pactado de mutuo acuerdo entre las partes. PARÁGRAFO SEGUNDO: Las partes revisarán las tarifas en doce (12) meses, realizada esta negociación las tarifas pactadas se mantendrán por el término de doce (12) meses. PARÁGRAFO TERCERO: Las tarifas que regirán durante el periodo de finalización y negociación de nuevas tarifas, serán la vigentes en el presente contrato. Las nuevas tarifas regirán a partir de la firma del anexo tarifario. **CUADRAGÉSIMA SEXTA- SERVICIOS CONTRATADOS:** Los servicios pactados en el presente contrato corresponden a los descritos en el anexo técnico número 1. Listado de servicios contratados. Sin embargo, si durante la ejecución del mismo se requiere la adición de servicios y tecnologías en salud no pactados inicialmente, estos podrán ser incluidos dentro de la presente contratación, siempre y cuando sean aprobados por el Comité Asesor de Contratación de LA CONTRATANTE, soportada en el extracto del acta de comité, el acta de negociación y el otro sí modificatorio, mismos que harán parte integral de este contrato. Los servicios contratados en el presente contrato se encuentran contenidos en los anexos del mismo; sin embargo, si durante la ejecución del mismo se requiere la adición de servicios y tecnologías en salud no pactados inicialmente, los mismos podrán ser incluidos dentro de la presente contratación, siempre y cuando sean aprobados por el Comité Asesor de Contratación de LA CONTRATANTE, soportada en el extracto del acta de comité, misma que hará parte integral de este contrato. PARÁGRAFO: Si dentro del portafolio de servicios contratado, se dispone de un servicio o paquete que haga parte de las Rutas de Atención Integral en salud, de la cual no haga parte EL CONTRATISTA, los mismos serán suspendidos y notificados al CONTARTISTA una vez sea implementada la Ruta que incluya el servicio. **CUADRAGÉSIMA SÉPTIMA- TARIFAS MEDICAMENTOS REGULADOS:** Las tarifas para la vigencia del presente contrato se regirán por los anexos técnicos de medicamentos negociados, cuando aplique. PARÁGRAFO PRIMERO: Cualquier modificación en la regulación que signifique un mayor valor al pactado en este contrato, debe ser objeto de acuerdo entre las partes. PARÁGRAFO SEGUNDO: Cualquier modificación en la regulación (cambio de normatividad) debe ser objeto de acuerdo entre

las partes. **CUADRAGÉSIMA OCTAVA – AUTORIZACIONES:** En concordancia con el Decreto 441 de 2022, LA CONTRATANTE está en la obligación de dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios acorde con lo estipulado en el Anexo 2. Manual de relacionamiento. PARÁGRAFO PRIMERO: No habrá lugar a la solicitud de autorización para la atención integral del cáncer infantil, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley 2026 de 2020; del VIH/SIDA de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 972 de 2005 (Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010); del cáncer de adultos de conformidad con la Ley 1384 de 2010; Los demás servicios y tecnologías contratados en el presente acuerdo de voluntades requiere autorización previa por parte de la EPS. PARAGRAFO SEGUNDO: para aquellos servicios que no se presten en la misma IPS/ESE solicitante, se deberá ingresar la solicitud de dicha tecnología a la plataforma misional de la EPS con el fin de emitir un direccionamiento adecuado para la atención efectiva del servicio solicitado. **CUADRAGÉSIMA NOVENA - LIQUIDACIÓN:** Las partes acuerdan que liquidaran el contrato dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término contratado, lo cual deberá constar en acta de liquidación, dejando expreso el cumplimiento del servicio, las observaciones y los saldos a favor o en contra entre las partes. La etapa de liquidación comenzará con el llamado o invitación, que para ello haga LA CONTRATANTE a LA CONTRATISTA dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del contrato. Si LA CONTRATISTA no concurriere a este llamado, LA CONTRATANTE podrá proceder a elaborar el acta proponiendo las condiciones de liquidación para suscripción de LA CONTRATISTA. Si pasado un mes de este proceso LA CONTRATISTA no se allanare a suscribir el acta, el contrato se entenderá liquidado de conformidad con el acta de liquidación propuesta, mediante acta de cierre. Ello, sin que sea óbice la reclamación judicial que pueda ejercerse. **QUINCUAGÉSIMA– SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN FINANCIERA Y ASISTENCIA (SIIFA):** En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 0228 de 2025 y la Resolución 1962 de 2025, por medio de los cuales se establece y reglamenta el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA, LAS PARTES acuerdan que, a partir de la entrada en operación del SIIFA para SAVIA SALUD EPS, fijada en las normas mencionadas y en cualquier otra norma que las modifique, toda la información financiera y asistencial derivada de la ejecución del presente contrato deberá ser registrada, reportada y gestionada a través de dicho sistema, conforme a los lineamientos, estructuras y anexos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de que se expidan disposiciones adicionales que modifiquen o desarrollen el SIIFA, las partes ajustarán sus procedimientos de reporte y gestión de información conforme a la normatividad vigente. **QUINCUAGÉSIMA PRIMERA- DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos derivados del presente contrato, se establece como domicilio contractual la ciudad de Medellín. **QUINCUAGÉSIMA SEGUNDA - MÉRITO EJECUTIVO:** El presente contrato presta mérito ejecutivo para todos los efectos legales en que se haga necesario. LA CONTRATISTA renuncia expresamente a cualquier requerimiento para la constitución en mora cuando sobrevenga un retraso o incumplimiento total o parcial de sus obligaciones. De la misma manera, las partes aceptan como plena prueba del incumplimiento, el agotamiento del procedimiento establecido en el Manual de relacionamiento que hace parte integral del presente contrato. **QUINCUAGÉSIMA TERCERA- DOCUMENTOS Y ANEXOS:** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes documentos: **1**. Listado de servicios contratados. **2**. Manual de Relacionamiento. **3**. FO-GF-55 - Formato de No recaudo pago compartido. **4.** Indicadores de satisfacción e indicadores obligatorios. **5**. Manual de Auditoria de Calidad. **6**. Modelo de Atención en Salud SAVIA SALUD EPS. **7.** Modelo de Prestación de servicios de salud de LA CONTRATISTA. **8**. FO-RS-87 Formato cargue de contratos. **9.** Listado de tecnologías que no requieren autorización.

Leído el presente documento, para constancia de aceptación, se firma por las partes, al treinta y uno (31) día del mes de Julio de 2026.

CONTRATANTE

CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLOREZ
GERENTE GENERAL
SAVIA SALUD EPS
NIT. 900.604.350-0

CONTRATISTA

MARIA CRISTINA VARGAS DELGADO
REPRESENTANTE LEGAL
ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA_CONCEPCIÓN
NIT. 890.980.512-2

Elaboró:	Luna Jimena Serna Muñoz	Abogada de Contratación	
Revisó:	Kelly Johana Araque Padilla	Analista de Contratación	
Revisó:	Gloria Consuelo Quiroz	Jefe de Contratación	
Revisó:	Mónica Pérez Marín	Jefe de Adquisiciones	
Aprobó:	Tatiana Tobon Vanegas	Secretaria General	

savia SALUD EPS	Macroproceso: Gestión Jurídica y Legal	Proceso: Gestión Jurídica y Legal	Código	FO-GJ-31
			Versión	02
	FORMATO DE SOLICITUD DE GARANTÍAS		Fecha	18/06/2025
			Página	1 de 2

El contrato con las condiciones referenciadas a continuación requiere para su inicio/reinicio y legalización, las garantías consagradas en la cláusula No. 15, por lo que, dentro de los 3 días siguientes a la recepción de este formato, se deberá aportar la póliza de acuerdo con lo establecido en el contrato, junto con el clausulado y el comprobante de pago, o en su defecto, certificado de revocatoria de no pago.

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO				
CONTRATO	NÚMERO:		**RS-0636-2026**	
	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:		**31/07/2026**	
OBJETO: Prestar servicios integrales de salud de baja complejidad a los afiliados del régimen subsidiado y en estado de portabilidad de Savia Salud EPS en el municipio de Concepción, en la modalidad Evento y en ámbito intramural (ambulatorio y hospitalario). Estos afiliados deben estar debidamente registrados en la base de datos de la EPS y tener derecho a los servicios incluidos en el plan de beneficios de salud, garantizando la atención en salud con pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad, impactando positivamente en el estado de salud y la satisfacción de los afiliados.				
CONTRATISTA/ASOCIADO	NOMBRE:		**ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA_CONCEPCIÓN**	
	NIT		890.980.512-2	
VALOR [$]:	INICIAL:		$225.720.000	
	ADICIONES	No.	**VALOR ADICIONADO**	
		1.	N/A	
	VALOR TOTAL (Con Adiciones):		$225.720.000	
PLAZO:	INICIAL:		**Fecha de inicio**	**Fecha de terminación**
			01/08/2026	31/07/2027
	PRÓRROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**
HISTÓRICO DE SUSPENSIONES:	**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN**		**FECHA REINICIO**
	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:			
CLAUSULA DE GARANTIAS	**DÉCIMA QUINTA- GARANTÍAS:** Para amparar los riesgos que se generen con la ejecución del presente contrato, LA CONTRATISTA se obliga a tomar con una compañía de seguros legalmente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la suscripción del mismo, la siguientes pólizas: Póliza de responsabilidad civil con amparo adicional para CLÍNICAS, HOSPITALES, LA CONTRATISTA deberá constituir a su costo la póliza expedida por una compañía de seguros legalmente constituida y aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia, en la que ampare a LA CONTRATISTA de eventuales reclamaciones de terceros derivadas de la responsabilidad extracontractual por las actuaciones, hechos u omisiones de LA CONTRATISTA o sus funcionarios. La póliza debe cubrir la vigencia del término del contrato. PARÁGRAFO PRIMERO: LA CONTRATISTA mantendrá vigente hasta la liquidación del presente contrato y sus otro si, adiciones o modificaciones, las garantías a las cuales se refiere esta cláusula. PARÁGRAFO SEGUNDO: LA CONTRATISTA deberá presentar a LA CONTRATANTE dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la firma del presente contrato, un ejemplar de las pólizas de que trata la presente cláusula y recibo, constancia o certificación expedida por la compañía de seguros en la que conste el pago de las mismas y el respectivo clausulado de las garantías. Si LA CONTRATISTA no cumple con esta obligación LA CONTRATANTE está facultada para suspender los pagos hasta tanto se subsane este incumplimiento. En caso de que LA CONTRATISTA no constituya las pólizas o no subsane las mismas, LA CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato unilateralmente, sin lugar a indemnización. PARÁGRAFO TERCERO: LA CONTRATISTA garantizará que todos y cada uno de sus profesionales de salud (adscritos o vinculados) cuenten con la respectiva póliza de responsabilidad civil profesional que garantice el pago de cualquier perjuicio que se derive del ejercicio de su actividad.			

2. INFORMACIÓN Y CONDICIONES DE PÓLIZAS

AMPAROS	%	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA					
			DESDE			HASTA		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO								
PAGO ANTICIPADO								
CUMPLIMIENTO								
CALIDAD DEL SERVICIO								
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES								
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS								
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (PLO)								
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES	N/A	VIGENTE						
OTRA								
OBSERVACIONES:								

LUNA JIMENA SERNA MUÑOZ
Abogado de Contratación

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960473686

PÓLIZA No: 496 -88 - 994000000020 **ANEXO:8**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 88 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS HORAS	DIAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
30	12	2025	31	12	2025	23:59			31	12	2026	23:59		365	30	12	2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS HORAS	DIAS
31	12	2025	23:59		31	12	2026	23:59		365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

DIRECCIÓN: MUNICIPIO DE CONCEPCION CIUDAD: CONCEPCIÓN, ANTIOQUIA TELÉFONO: 8567024

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

DIRECCIÓN: MUNICIPIO DE CONCEPCION CIUDAD: **CONCEPCIÓN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: 8567024

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: CONCEPCIÓN

DIRECCION: CARRERA 19 No. 19-83

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***500,000,000.00	$ *******14,500,000	$****15,000.00	$ ****2,757,850	$ ********17,272,850

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
LUZ ANDREIMAN SANCHEZ RUEDA	5993	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000496047368

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CAD126790F0AF57C5F

CLIENTE

HAQUINTERO 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000020** ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

TOMADOR: ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION NIT 890980512
ASEGURADO: ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION NIT 890980512
BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 19 # 19 - 83, CONCEPCIÓN - ANTIOQUIA

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD.

NO DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 2

OBJETO DEL SEGURO:

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

CONDICIONES GENERALES:
TEXTOS SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 Y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

(ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO)
CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.PDF
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf

MODALIDAD DE COBERTURA:
LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ Y REPORTADAS DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS POR ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA EN SUS AMPAROS GENERALES Y PARTICULARES, POR HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES A PARTIR DEL 9 DE AGOSTO DE 2017, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y/O QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO ANTERIORMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA, POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:
- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

HONORARIOS DE DEFENSA: LA ASEGURADORA INDEMNIZARA AL ASEGURADO, LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA HASTA POR EL MONTO ESTABLECIDO, Y QUE HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL EN SU CONTRA Y EN LO QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE LE DEMANDA O SE RECLAMAN SE ENCUENTREN AMPARADOS BAJO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO.
SUBLÍMITE DEL 15% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA, DISTRIBUIDO, ASÍ:
- o POR PROCESO: COP $ 5.000.000
- o POR EVENTO: COP $ 15.000.000

COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP $5.000.000 POR EVENTO / COP $10.000.000 VIGENCIA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000020** ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

COSTAS DEL PROCESO: SEGÚN FALLO JUDICIAL, LIMITADO SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

AMPAROS ADICIONALES:
ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES, SEGÚN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PÓLIZA: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS. SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.
PARA QUE SE OTORGUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:
a) INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
b) MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES
c) EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD
ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS. SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS. SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO / VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.
AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.
NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.
DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES: SEGÚN LISTADO DE LA COMPAÑÍA.
ANTICIPO DE INDEMNIZACIÓN DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN INDEMNIZAR.
DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.
CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO: LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO, SERÁN SOMETIDAS A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO QUE ESTARÁ INTEGRADO POR TRES ÁRBITROS NOMBRADOS POR CADA UNA DE LAS PARTES, LOS DOS PRIMEROS, Y UN TERCERO NOMBRADO POR UN CENTRO DE CONCILIACIÓN O JUZGADO EN BOGOTÁ.
CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA: MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA SE DEJA CLARIDAD QUE EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE RENOVAR LA PÓLIZA EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES. EN TODOS LOS CASOS EL TOMADOR DEBERÁ APORTAR LA INFORMACIÓN QUE EL ASEGURADOR SOLICITE PARA DECIDIR SOBRE LA RENOVACIÓN, PREVIAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.
DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000020** ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE ADICIONAN LAS SIGUIENTES:

ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.
RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (DO), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (EO), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.
RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.
SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE CADA PROFESIONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO.
SE EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, RECLAMO, DEMANDA O COSTOS Y GASTOS QUE SE DERIVEN O TENGAN RELACIÓN CON EL RESULTADO FINAL DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE ESTÉTICA O EMBELLECIMIENTO, ESTÉTICA DENTAL O DISEÑOS DE SONRISA, O CIRUGÍA MAXILOFACIAL CON FINES ESTÉTICOS.
RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.
BANCOS DE SANGRE: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE SANGRE, EXCEPTO CUANDO ESTÉN EXCLUSIVAMENTE PROPORCIONANDO PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARE LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO.
MANIPULACIÓN GENÉTICA: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE DAÑOS GENÉTICOS Y/O MANIPULACIÓN DE MATERIA GENÉTICA.
SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 6 DEL ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES DEL CONDICIONADO GENERAL PARA SER REEMPLAZADO POR EL SIGUIENTE TEXTO:

ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES

6.
6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, SEGÚN TEXTO.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, SEGÚN TEXTO.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

ESTA PÓLIZA NO APLICA A: ENFERMEDAD TRANSMISIBLE LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL SURGIDO DE UNA TRANSMISIÓN REAL O PRESUNTA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE AL NUEVO CORONAVIRUS EN CUALQUIER FORMA DE CUALQUIER ORIGEN.

ESTA EXCLUSIÓN APLICA AUN SI LOS RECLAMOS CONTRA CUALQUIER ASEGURADO ALEGAN NEGLIGENCIA U OTRA CONDUCTA INDEBIDA EN:

A. LA SUPERVISIÓN, CONTRATACIÓN, EMPLEO, ENTRENAMIENTO O MONITOREO DE OTROS QUE PUEDAN ESTAR INFECTADOS Y PROPAGAR UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
B. LAS PRUEBAS PARA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
C. FALLA EN PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD; O
D. FALLA EN EL REPORTE DE LA ENFERMEDAD A LAS AUTORIDADES;

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000020** ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

E. LA APLICACIÓN DE CUALQUIER LEY U ORDEN LA CUAL EL ASEGURADO ESTABA LEGALMENTE OBLIGADO A CUMPLIR ANTES O EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PROPAGACIÓN REAL DE LA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.

ESTA PÓLIZA EXCLUYE TAMBIÉN CUALQUIER RESPONSABILIDAD, GASTO DE CUALQUIER TIPO, DAÑOS, DEMANDAS, RECLAMOS O PÉRDIDAS,

(I) SURGIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIER TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(II) DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE ALGUNA MANERA RELACIONADA A CUALQUIER BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(III) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR LA IMPOSICIÓN DE CUARENTENA O RESTRICCIÓN EN EL MOVIMIENTO DE GENTE O ANIMALES, POR CUALQUIER ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO.

(IV) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UN AVISO O ADVERTENCIA DE VIAJE EMITIDA POR UN ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL DE CUALQUIER TIPO EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O UNA VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO Y RESPECTO A (II) Y (IV) CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DEL MISMO (YA SEA REAL O PERCIBIDA).

PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE PROPAGA DE UNA PERSONA A OTRA YA SEA POR TRANSMISIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA BACTERIA O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVÉS DE UN VECTOR, TAL COMO COMIDA CONTAMINADA POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. NO OBSTANTE, CUALQUIER DISPOSICIÓN CONTRARIA EN ESTA PÓLIZA O CUALQUIER SUPLEMENTO A LA MISMA, SE EXCLUYE CUALQUIER:

1.1 PÉRDIDA CIBERNÉTICA.
1.2 PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE, GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO POR, RESULTANTE DE, QUE SURJA O ESTÉ RELACIONADO CON CUALQUIER PÉRDIDA DE USO, REDUCCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD, REPARACIÓN, REEMPLAZO, RESTAURACIÓN O REPRODUCCIÓN DE CUALESQUIERA DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER CANTIDAD RELACIONADA CON EL VALOR DE DICHOS DATOS, INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA.

2. EN EL CASO QUE CUALQUIER PARTE DE ESTA CLÁUSULA FUERA CONSIDERADA INVÁLIDA O INAPLICABLE, EL RESTO PERMANECERÁ EN PLENO VIGOR Y EFECTO.
3. ESTA CLÁUSULA REEMPLAZA Y, SI ENTRA EN CONFLICTO CON CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN DE LA PÓLIZA O CUALQUIER SUPLEMENTO QUE TENGA RELACIÓN CON LA PÉRDIDA CIBERNÉTICA O LOS DATOS, REEMPLAZA ESA DISPOSICIÓN.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SEA CAUSADO O APORTADO POR, RESULTE O SURJA DE, O ESTÉ EN CONEXIÓN CON UN ACTO CIBERNÉTICO O UN INCIDENTE CIBERNÉTICO INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A CUALQUIER ACCIÓN TOMADA CON EL FIN DE CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O REMEDIAR CUALQUIER ACTO CIBERNÉTICO O INCIDENTE CIBERNÉTICO.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
ACTO O SERIE DE ACTOS NO AUTORIZADOS, MALINTENCIONADOS O DELICTIVOS, SIN CONSIDERACIÓN DEL TIEMPO Y ESPACIO, O LA AMENAZA O ENGAÑO RELACIONADOS CON EL ACCESO, PROCESAMIENTO, USO U OPERACIÓN DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
TODO ERROR U OMISIÓN O SERIE DE ERRORES U OMISIONES RELACIONADOS CON EL ACCESO, PROCESAMIENTO, USO U OPERACIÓN DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO; O
CUALQUIER INDISPONIBILIDAD O FALLO PARCIAL O TOTAL O SERIE DE INDISPONIBILIDADES O FALLOS PARCIALES O TOTALES PARA ACCEDER, PROCESAR, USAR U OPERAR CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
CUALQUIER ORDENADOR, HARDWARE, SOFTWARE, SISTEMA DE COMUNICACIÓN, EQUIPO ELECTRÓNICO (INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A TELÉFONOS INTELIGENTES, LAPTOPS, TABLETS, DISPOSITIVOS PORTÁTILES), SERVIDOR, NUBE O MICROCONTROLADOR INCLUYENDO CUALQUIER SISTEMA SIMILAR O CONFIGURACIÓN DE LO ANTES MENCIONADO E INCLUYENDO ASIMISMO TODA ENTRADA Y SALIDA, DISPOSITIVO DE ALMACENAMIENTO DE DATOS, EQUIPO DE REDES O INSTALACIONES DE COPIAS DE RESPALDO, DE PROPIEDAD U OPERADAS POR EL ASEGURADO O CUALQUIER OTRA PARTE.
E. DATOS:
INFORMACIÓN, HECHOS, CONCEPTOS, CÓDIGO O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA REGISTRADA Y TRANSMITIDA EN CUALQUIER FORMA PARA SER USADA, ACCEDIDA, PROCESADA, TRANSMITIDA O ALMACENADA POR UN SISTEMA INFORMÁTICO.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.
SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000020** ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.980.512-2**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

AMBITO TERRITORIAL:

JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS ESTIPULADAS EN EL NUMERAL ARTICULO 25 - GARANTIAS - DEL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.
EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

DEDUCIBLES:

GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE
DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 5 SMMLV

VALOR(ES) ASEGURADO

LIMITE BASICO ASEGURADO: $ 500.000.000

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2024

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

Compañía de Seguros

CONSTANCIA DE PAZ Y SALVO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E, C.

HACE CONSTAR QUE:

La entidad **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA DE CONCEPCION** identificado con **NIT 890.980.512,** posee **POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS,** No. **994000000020 anexo 8,** para la vigencia **31/12/2025 al 31/12/2026**

La póliza tiene un valor de **DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/L ($17,272,850),** se encuentra a paz y salvo en nuestros registros de cartera.

Cualquier aclaración adicional con gusto será suministrada en la línea de contacto: 6014390017 o email: gestiondecartera@solidaria.com.co

La presente se expide en la ciudad de Bogotá a los (26) días del mes de enero del 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE RECAUDO Y COBRANZA
Aseguradora Solidaria de Colombia, E.C.
Oficina Principal Calle 100 No. 9A - 45 piso 12 Bogotá, Colombia
WhatsApp Business - Cami 314 203 41 06 • Línea Solidaria 018000 512 021 - #789

Elaboró: magudelo

SELLO VERDE DE VERDAD

ADMI 13 V-07-2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar
COLOMBIA 2024

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar
AMÉRICA LATINA 2021

Compañía de Seguros

SELLO VERDE DE VERDAD

PÓLIZA DE SEGURO
DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS
CONDICIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EN ADELANTE EL ASEGURADO, CUYA VERACIDAD CONSTITUYE CAUSA DETERMINANTE PARA LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; Y DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO TAMBIÉN EN SUS CLÁUSULAS ADICIONALES, ESPECIALES Y ENDOSOS QUE LE SEAN APLICABLES Y, EN LO NO DISPUESTO EN ELLAS, A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA; **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA,** EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑÍA, CONVIENE EN AMPARAR AL ASEGURADO CONTRA LOS RIESGOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA EN LA MISMA, CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:

ARTÍCULO 1° - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

SUJETO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SEÑALADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE NOMINAL DE SUMA ASEGURADA PARA CADA COBERTURA Y BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADA POR RECLAMACIÓN CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTICULO 4° DE LA LEY 389 DE 1997; LAS PÉRDIDAS ORIGINADAS EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA QUE LE SEAN IMPUTABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, PROVENIENTES EN FORMA DIRECTA DE ALGUNO DE LOS RIESGOS CUBIERTOS BAJO LAS SECCIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN, SIEMPRE QUE SU ORIGEN, CAUSA Y/O EXTENSIÓN NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN ESTA PÓLIZA:

SECCIÓN I - AMPARO BÁSICO - RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.

4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTE EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN

7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.

8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.

10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.

13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.

14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.

16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA

NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.

19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.

20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

21. FALLOS DE TUTELA.

22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.

25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.

26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO

SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

28. HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

29. LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIACTIVAS.

30. ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.

31. DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

32. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

33. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

34. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.

35. MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.

36. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

37. OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.

38. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.

39. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.

42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.

45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.

48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS.

SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES
DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.

50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.

57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

58. CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS LMA 5394
SIN PERJUICIO DE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO, SE EXCLUYEN DE ESTE CONTRATO TODOS LOS DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES COSTES O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE, DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, HAYAN SIDO CAUSADOS O COADYUVADOS POR UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O RESULTEN O SE DERIVEN DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O EN RELACIÓN CON ELLA, O DEL TEMOR O AMENAZA (REAL O PERCIBIDO) DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O HECHO QUE DE MANERA CONCURRENTE O SECUENCIAL HAYA CONTRIBUIDO A LOS MISMOS.

EN ESTE CONTRATO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD CONTAGIOSA TODA ENFERMEDAD QUE PUEDE TRANSMITIRSE DE UN ORGANISMO A OTRO POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE CUANDO:

A. LA SUSTANCIA O AGENTE SEA, SIN CARÁCTER LIMITATIVO, UN VIRUS, BACTERIA, PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DEL MISMO, TANTO SI SE LE CONSIDERA VIVO COMO SI NO, Y

B. EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN, DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYA, SIN CARÁCTER LIMITATIVO, LA TRANSMISIÓN POR VÍA AÉREA, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN POR O A CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO YA SEA SÓLIDO, LÍQUIDO O GASEOSO, O ENTRE ORGANISMOS, Y

C. LA ENFERMEDAD, SUSTANCIA O AGENTE PUEDA SER CAUSA O AMENAZA DE DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDA SER CAUSA O AMENAZA DE DAÑOS, DETERIORO O PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O USO DE BIENES.

ARTÍCULO 3° - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1 LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

1.2 LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PACIENTES COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL PARAMÉDICO VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y ACTUANDO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS, MIENTRAS DICHOS PACIENTES ESTÉN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, SIEMPRE QUE TALES AMBULANCIAS SEAN DE PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN O ÉSTA DEBA LEGALMENTE RESPONDER POR ELLAS EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

2.1. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

2.2. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, SIEMPRE Y CUANDO TALES APARATOS Y EQUIPOS SEAN DIFERENTES A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

2.3. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A UNA RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS , HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

2.4. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TALES COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYAN SIDO ELABORADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, Y LA INSTITUCIÓN CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS , LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LAS COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

3. GASTOS DE DEFENSA

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN TACITA DE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

3.1. HONORARIOS DE DEFENSA

HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

LOS HONORARIOS DE DEFENSA TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA VINCULACIÓN FORMAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN EL RESPECTIVO PROCESO, Y SE PAGARÁN EN FORMA PROPORCIONAL Y FRACCIONADA DE ACUERDO CON LAS ETAPAS QUE INVOLUCRE CADA TIPO DE PROCESO, A MEDIDA QUE EL ABOGADO QUE ADELANTE SU DEFENSA VAYA AVANZANDO EN LA GESTIÓN, EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE LA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SI LA RESPONSABILIDAD FUERE IMPUTADA A TÍTULO DE DOLO, LOS HONORARIOS DE DEFENSA SE PAGARÁN EXCLUSIVAMENTE POR REEMBOLSO, UNA VEZ DICTADO EL FALLO O TERMINADO EL PROCESO O PROCEDIMIENTO BIEN CON LA ABSOLUCIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O BIEN CON LA DETERMINACIÓN DE QUE LOS HECHOS POR LOS QUE SE LES CONDENA NO INVOLUCRAN UNA RESPONSABILIDAD DOLOSA O NO CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LAS SIGUIENTES:

3.1.1. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO.

3.1.2. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.

3.1.3. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

3.2. COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

3.3. COSTAS DEL PROCESO

AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA. LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL asegurado o cuando el asegurado afronte el proceso contradiciendo orden expresa de la compañía.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, LA COMPAÑÍA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR:

1. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES

LA PRESENTE COBERTURA DARÁ DERECHO AL ASEGURADO, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE EXTENDER LA COBERTURA HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O FORMULEN CONTRA EL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO LOS PRESTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA IMPLICA LA CONDICIÓN PREVIA QUE SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, Y SE PAGUE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO.
SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDO LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DEL ASEGURADO, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, LA COMPAÑÍA:

1.1. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.

1.2. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.

1.3. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2. **RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.**

CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE CONTEMPLA LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA, EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS., Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PALIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

3. **POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES**

NO OBSTANTE, LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES, MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

3.1. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO

3.1.1.EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.
3.1.2.EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).
3.1.3.EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA.
3.1.4.EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.

3.2. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIACTIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

PARA QUE SE OTORGUE ESTA COBERTURA ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

ESTA COBERTURA SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4. **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.**
CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL PERJUICIO PATRIMONIAL QUE EL ASEGURADO DEBA INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADO RESPONSABLE, ORIGINADA EN LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA MÉDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

   ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

   EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACIÓN CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

   SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

5. **RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS**

   CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 3 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.2 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

   SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

6. **AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS**
CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS INCURRIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES PERSONALES CAUSADAS A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA.
SE EXCLUYEN DEL PRESENTE AMPARO LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS PRESTADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

7. **PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**
   LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PRESENTE PALIZA.

ARTÍCULO 4° - UNIDAD DE EVENTO

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS Y/O TODAS LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO.

PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR LA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADO EN LA FECHA EN QUE ÉSTE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES, SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
CUANDO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A LA COMPAÑÍA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

ARTÍCULO 5° - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

A. LÍMITE POR EVENTO

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO, EN RELACIÓN CON TODOS LOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE POR EVENTO.

DICHAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARÁN PRESENTADAS POR PRIMERA VEZ EN LA FECHA EN QUE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES HAYA SIDO PRESENTADA SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA. EN TODO CASO, EL CONJUNTO DE RECLAMACIONES NO ESTARÁ CUBIERTO SI ES ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA.

ASÍ MISMO, LA SERIE DE ACTOS MÉDICOS QUE SON O ESTÁN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACIÓN O EVENTO, SE CONSIDERARÁN UN MISMO ACTO, Y CONSTITUIRÁN UN SOLO DAÑO Y/O GASTOS LEGALES, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR DICHOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES, NO EXCEDERÁ EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

ESTAS MISMAS REGLAS APLICARÁN RESPECTO DE LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO LOS CUALES ESTARÁN SUJETOS A UN ÚNICO SUBLÍMITE POR EVENTO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CUANDO EN UNA CLÁUSULA O AMPARO ADICIONAL SE ESTIPULE UN SUBLÍMITE POR PERSONA O POR EVENTO O POR VIGENCIA, TAL SUBLÍMITE SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE LE APLIQUE A DICHA COBERTURA, EL CUAL HARÁ PARTE DE LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS DERIVADOS DE TODOS LOS RECLAMOS A CONSECUENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES Y/O EVENTOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; NO EXCEDERÁ DEL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

EL LÍMITE AGREGADO SE REDUCIRÁ EN LA SUMA DE LOS MONTOS DE LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS DURANTE LA VIGENCIA Y, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA, EN NINGÚN CASO, A PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA UNA VEZ ÉSTE HAYA SIDO AGOTADO. NO HABRÁ RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

A. PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

DE OTORGARSE EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

B. PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO 7° - BASES PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, EL IMPORTE BASE DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LOS ALCANCES DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDERÁ A:

A. LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTIVAMENTE PAGADO A TERCEROS EN VIRTUD DE UNA SENTENCIA JUDICIAL EJECUTORIADA O DE UNA TRANSACCIÓN EXPRESAMENTE AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

B. EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DE COSTAS Y GASTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A QUE FUERA SENTENCIADO EL ASEGURADO EN EL MISMO JUICIO MENCIONADO EN EL LITERAL ANTERIOR.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

C. LOS HONORARIOS Y GASTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO A LOS ABOGADOS QUE HUBIEREN PARTICIPADO EN SU DEFENSA JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE LA COMPAÑÍA HAYA APROBADO LA DESIGNACIÓN DE LOS ABOGADOS Y LAS CONDICIONES DE SU CONTRATACIÓN.

D. LOS PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, U OTROS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, C Y D, INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE CORRESPONDAN, MÁS LOS GASTOS PAGADOS DIRECTAMENTE POR LA COMPAÑÍA A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, ABOGADOS, ASESORES, U OTROS, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER EXCESO SERÁ DE CARGO DEL ASEGURADO.

ARTÍCULO 8° - DEDUCIBLE

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

ARTÍCULO 9° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

1. DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, LA RECLAMACIÓN O LA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.

2. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA.

3. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE LA COMPAÑÍA, Y MANTENER A LA COMPAÑÍA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.

4. SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN RELATIVA A:

4.1. LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO POR LAS CUALES EL ASEGURADO TUVO CONOCIMIENTO POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBLE RECLAMACIÓN.
4.2. LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS
4.3. LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO
4.4. LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO,
4.5. LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

5. NO ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

6. INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS MISMOS. EL INCUMPLIMIENTO MALICIOSO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR SEGUROS COEXISTENTES, CONLLEVARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO CONFORME LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 1076 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA PARA REDUCIR LA INDEMNIZACIÓN EN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE FUEREN OCASIONADOS.

ARTÍCULO 10° - DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PODRÁ:

1. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR EL PACIENTE, PARA DETERMINAR LA CAUSA Y SECUELAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL PODRÁ DESIGNAR UNO O MÁS EXPERTOS, EXAMINAR LA PRUEBA INSTRUMENTAL Y REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS.

2. INFORMARSE DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, O CONSTITUIRSE EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL.

3. PRACTICAR AUDITORIA MÉDICO-LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, ASÍ COMO DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

4. BENEFICIARSE CON TODOS LOS DERECHOS, EXCEPCIONES Y ACCIONES QUE FAVOREZCAN AL ASEGURADO Y LIBERARSE DE RESPONSABILIDAD EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE SE LIBERE EL ASEGURADO.

LAS FACULTADES CONFERIDAS A LA COMPAÑÍA POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS EL ASEGURADO, EL PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES NO HAYAN RENUNCIADO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.

ARTÍCULO 11° – DEFENSA

LA COMPAÑÍA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL NUMERAL 3.1 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SI LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

LA COMPAÑÍA SÓLO PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS QUE PREVIAMENTE HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO. NO OBSTANTE, EL ASEGURADO QUEDA AUTORIZADO PARA REALIZAR LOS GASTOS RAZONABLES QUE FUEREN NECESARIOS PARA PROTEGER EVIDENCIA O RESGUARDAR SU POSICIÓN FRENTE A EVENTUALES RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, SI POR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTEN LOS HECHOS NO FUERE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA DE MANERA OPORTUNA. SERÁ OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO Y NO DE LA COMPAÑÍA ASUMIR LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA.

LA COMPAÑÍA NO CONCILIARÁ NI TRANSIGIRÁ RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA ALGUNA SIN EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, SI ÉSTE SE REHÚSA A PRESTAR COLABORACIÓN EN RELACIÓN CON UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN SUGERIDA POR LA COMPAÑÍA, LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA NO EXCEDERÁ DEL IMPORTE DE LA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN PROPUESTA, MÁS LOS COSTOS Y GASTOS INCURRIDOS HASTA LA FECHA DE LA NO ACEPTACIÓN DE SU PROPUESTA POR PARTE DEL ASEGURADO

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

EN CUALQUIER MOMENTO, LA COMPAÑÍA PODRÁ PAGAR EL LÍMITE ASEGURADO O EL REMANENTE APLICABLE DEL MISMO O CUALQUIER MONTO INFERIOR POR EL QUE SE PUEDA ACORDAR EXTRAJUDICIALMENTE CUALQUIER RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA QUE SE PRESENTE BAJO ESTA PÓLIZA. REALIZADO EL ANTERIOR PAGO, LA COMPAÑÍA ABANDONARÁ EL CONTROL DE LA RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA Y NO ASUMIRÁ NINGÚN TIPO DE RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LAS MISMAS.

ARTÍCULO 12° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTA; SI EN APOYO DE ELLA, SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SI SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

2. CUANDO AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO OMITEN MALICIOSAMENTE INFORMAR DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES E INTERESES ASEGURADOS.

3. CUANDO RENUNCIEN A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 13° - COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE QUE EL AMPARO OTORGADO POR ESTA PÓLIZA CONCURRA CON EL OTORGADO POR OTRAS PÓLIZAS QUE AMPAREN EL MISMO RIESGO, LA COMPAÑÍA SÓLO SERÍA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN EXCESO DEL MONTO CUBIERTO POR LOS DEMÁS SEGUROS CONTRATADOS. EN EL EVENTO DE EXISTIR EN DICHAS PÓLIZAS UNA CLÁUSULA EN EL SENTIDO AQUÍ EXPRESADO, SE APLICARÁN LAS REGLAS REFERENTES A LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1.092 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CON ARREGLO A LAS CUALES, LOS DIVERSOS ASEGURADORES DEBERÁN SOPORTAR LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARTÍCULO 14° - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O AL BENEFICIARIO CUALQUIER MONTO DEBIDO BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EN UN TODO DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ARTÍCULO 15° - SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1096 A 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

TANTO LA INSTITUCIÓN TOMADORA COMO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, A PETICIÓN DE LA COMPAÑÍA, DEBERÁN HACER TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA SUBROGACIÓN Y SERÁN RESPONSABLES DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACARREARE A LA COMPAÑÍA SU FALTA DE DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN. EN TODO CASO, SI SU CONDUCTA ES DE MALA FE, PERDERÁN EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

LA COMPAÑÍA PODRÁ REPETIR CONTRA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EL IMPORTE DE LAS INDEMNIZACIONES QUE HAYA DEBIDO SATISFACER COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA POR PARTE DEL PERJUDICADO O SUS DERECHOHABIENTES, CUANDO SE DESCUBRA QUE EL DAÑO O PERJUICIO CAUSADO AL TERCERO SE DEBIÓ A CONDUCTAS DOLOSAS O EXCLUIDAS DE LA COBERTURA POR PARTE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

ARTÍCULO 16° - DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO EN QUE UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, DE LUGAR A UN DAÑO CUBIERTO Y AL MISMO TIEMPO UN DAÑO NO CUBIERTO, EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DISTRIBUIRÁN DICHO DAÑO Y GASTOS LEGALES EN LA MISMA PROPORCIÓN EN LA QUE SE DISTRIBUYA LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE LAS PARTES.

CUALQUIER DISTRIBUCIÓN O ANTICIPO DE GASTOS LEGALES EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN NO CREARÁ PRESUNCIÓN ALGUNA RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE OTRO DAÑO ORIGINADO POR DICHA RECLAMACIÓN.

SI EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA NO LOGRAREN LLEGAR A UN ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS GASTOS LEGALES QUE DEBEN SER DESEMBOLSADOS PARA LA ATENCIÓN DE DICHA RECLAMACIÓN, LA COMPAÑÍA SUMINISTRARÁ LOS GASTOS LEGALES QUE CONSIDERE RAZONABLEMENTE CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA HASTA QUE SE ACUERDE O SE DETERMINE UNA DISTRIBUCIÓN DIFERENTE. UNA VEZ ACORDADA O DETERMINADA LA DISTRIBUCIÓN DE GASTOS LEGALES, ESTOS SERÁN APLICADOS DE MANERA RETROACTIVA A TODOS LOS GASTOS LEGALES YA INCURRIDOS EN RELACIÓN CON DICHA RECLAMACIÓN.

CUANDO FUEREN VARIAS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS INVOLUCRADOS EN UN PROCESO, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DETERMINARÁ CÓMO DEBE DISTRIBUIRSE ENTRE ELLOS EL LÍMITE ASEGURADO PARA LOS GASTOS LEGALES.

ARTÍCULO 17° - AUDITORÍA E INSPECCIÓN

EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA LA COMPAÑÍA TENDRÁ EL DERECHO DE INSPECCIONAR LAS INSTALACIONES Y OPERACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS –INCLUIDA LA REVISIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTO Y MANTENIMIENTO, LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS OPERACIONALES Y SIMILARES- CON EL FIN DE VERIFICAR QUE AQUELLOS MANTENGAN UN NIVEL ADECUADO DE SUPERVISIÓN DEL RIESGO Y DE PREVENCIÓN DE SINIESTROS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASÍ MISMO, LA COMPAÑÍA TENDRÁ EL DERECHO DE PRACTICAR AUDITORÍAS MÉDICO-LEGALES DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y DE AQUELLA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DE PACIENTES, DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS INSTITUCIONALES Y DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

LA COMPAÑÍA PODRÁ TAMBIÉN EXAMINAR Y AUDITAR LOS LIBROS Y EXPEDIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, EN TODO AQUELLO QUE SE RELACIONE CON ESTE SEGURO, EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA EXPIRACIÓN DE LA MISMA.

ARTÍCULO 18° - REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA COMPAÑÍA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL **ASEGURADO**, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE SESENTA (60) DÍAS COMUNES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA SOBRE LA VIGENCIA EFECTIVA DEL SEGURO MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.

ARTÍCULO 19° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, EL TOMADOR DEBERÁ PROPORCIONAR A LA COMPAÑÍA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

ARTÍCULO 20° - FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

PARA SUSCRIBIR ESTA PÓLIZA LA COMPAÑÍA SE HA BASADO EN LA INFORMACIÓN Y LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS, LOS ESTADOS FINANCIEROS Y DEMÁS INFORMACIÓN ENTREGADA Y SOMETIDA AL CONOCIMIENTO DE LA MISMA PARA ESE FIN. DICHAS DECLARACIONES CONSTITUYEN LA BASE DE LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, Y POR TANTO, SE CONSIDERAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y/O EN LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS ENTREGADOS POR LA INSTITUCIÓN TOMADORA SERÁN CONSIDERADAS INDEPENDIENTES PARA CADA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADOS, DE MANERA QUE NINGUNA AFIRMACIÓN O SITUACIÓN QUE ALGUNO DE ELLOS DECLARE CONOCER SERÁ IMPUTADA A NINGUNA OTRA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADOS A EFECTOS DE DETERMINAR SI EXISTE O NO COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO 21° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA, LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO LA COMPAÑÍA SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTE RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICAN SI LA COMPAÑÍA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

ARTÍCULO 22° - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE, CONFORME AL CRITERIO CONSIGNADO EN EL INCISO PRIMERO DE LA CONDICIÓN DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.
LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE PREVISTOS, LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SÓLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, EL TOMADOR O EL ASEGURADO PODRÁN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO NOTIFICAR TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DISMINUYAN EL RIESGO, DEBIENDO POR TANTO LA COMPAÑÍA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA SEGUNDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

ARTÍCULO 23° - DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGIRÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ARTÍCULO 24° - NOTIFICACIONES

TODA INFORMACIÓN O DECLARACIÓN QUE DEBA ENTREGAR O HACER CUALQUIERA DE LAS PARTES EN DESARROLLO DE ESTE CONTRATO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA DE LA OTRA PARTE, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 9° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS

SO PENA DE QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE POR TERMINADO DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS GARANTIZAN:

1. QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO CONVERTIRÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.

2. QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:

   2.1. APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.

   2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

   2.3. VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).

   2.4. MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

   2.5. CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).

3. EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.

4. ENTREGAR A LA COMPAÑÍA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

5. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

6. COOPERAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.

7. PRESTAR A LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.

8. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIME NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLE TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERA.

9. PERMITIR A LA COMPAÑÍA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.

10. NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

11. CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.

12. MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.

13. DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

13.1. QUE ACORDARÁN CON LA COMPAÑÍA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.

13.2. QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A LA COMPAÑÍA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.

13.3. QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.

13.4. QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

Términos y Definiciones

Asegurado o Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados
Son los establecimientos médicos asistenciales que prestan el servicio médico de salud, sea persona de derecho público o privado, declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en las condiciones particulares de la póliza.

Tomador o Institución Tomadora.
Es la persona jurídica que se designa en las condiciones particulares de esta póliza.

Beneficiario.
Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Tercero.
Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de
- Salud asegurados.
- Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes
- Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

Paciente.
Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

Acto médico.
Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico–paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

Hecho Dañino.
Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

Daño Material.
Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

Lesión Corporal.
Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

Reclamación:

A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

B. La notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

C. la notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

Servicios Profesionales en la Atención de la Salud de los Pacientes
Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Pretensión Indemnizatoria.
Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

Fecha de Retroactividad
Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o eventos. esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y la compañía. en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

Guerra
Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil, levantamiento, poder militar o usurpado.

Terrorismo
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, lesión, estrago o interrupción o comisión 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 económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

	Macroproceso: Gestión Jurídica y Legal	Proceso: Gestión Jurídica y Legal	Código	FO-GJ-28
savia SALUD EPS			Versión	03
	FORMATO DE APROBACIÓN DE GARANTIAS		Fecha	18/06/2025
			Página	1 de 2

Las presentes garantías son requeridas para el contrato/convenio, por lo tanto, se proceden a revisar y aprobar para el cumplimiento del *contrato.* Se verifica que la póliza aportada cumple con lo establecido en el contrato, y se anexa a la misma clausulado y comprobante de pago, o en su defecto, certificado de revocatoria de no pago

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO				
CONTRATO	NÚMERO:		**RS-0636-2026**	
	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:		**31/07/2026**	
OBJETO: Prestar servicios integrales de salud de baja complejidad a los afiliados del régimen subsidiado y en estado de portabilidad de Savia Salud EPS en el municipio de Concepción, en la modalidad Evento y en ámbito intramural (ambulatorio y hospitalario). Estos afiliados deben estar debidamente registrados en la base de datos de la EPS y tener derecho a los servicios incluidos en el plan de beneficios de salud, garantizando la atención en salud con pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad, impactando positivamente en el estado de salud y la satisfacción de los afiliados.				
CONTRATISTA/ASOCIADO	NOMBRE:		**ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA_CONCEPCIÓN**	
	NIT		890.980.512-2	
VALOR [$]:	INICIAL:		$225.720.000	
	ADICIONES	No.	**VALOR ADICIONADO**	
		1.	N/A	
	VALOR TOTAL (Con Adiciones):		$225.720.000	
PLAZO:	INICIAL:		**Fecha de inicio**	**Fecha de terminación**
			Fecha inicio contrato 01/08/2026	Fecha fin contrato inicial 31/07/2027
	PRÓRROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**
		1.		
HISTÓRICO DE SUSPENSIONES:	**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN**		**FECHA REINICIO**
	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:			

2. INFORMACIÓN PÓLIZAS									
AMPAROS	**%**	**VALOR ASEGURADO**	**VIGENCIA**						
			DESDE			**HASTA**			
			DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO									
PAGO ANTICIPADO									
CUMPLIMIENTO									
CALIDAD DEL SERVICIO									

PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES								
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS								
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (PLO)								
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES	N/A	$500.000.000	31	12	2025	31	12	2026
OTRA								
OBSERVACIONES:								

LAS GARANTÍAS ANTERIORMENTE INFORMADAS CONTIENEN:	
Comprobante de pago, o en su defecto, certificado de revocatoria de no pago	☐
Clausulado de las garantías	☐

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Elaboró:	**Luna Jimena Serna Muñoz** Abogado de Contratación		01/08/2026
Revisó:	**Mauricio Tejada Peña** Abogado Junior		01/08/2026
Aprobó:	**Gloria Quiroz Velasquez** Jefe de contratación		01/08/2026
	Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma		

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD N° RS-0636-2026

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATANTE: SAVIA SALUD EPS
CONTRATISTA: ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA_CONCEPCIÓN
TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
OBJETO: Prestar servicios integrales de salud de baja complejidad a los afiliados del régimen subsidiado y en estado de portabilidad de Savia Salud EPS en el municipio de Concepción, en la modalidad Evento y en ámbito intramural (ambulatorio y hospitalario). Estos afiliados deben estar debidamente registrados en la base de datos de la EPS y tener derecho a los servicios incluidos en el plan de beneficios de salud, garantizando la atención en salud con pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad, impactando positivamente en el estado de salud y la satisfacción de los afiliados.
VALOR DEL CONTRATO: El valor total del contrato asciende a la suma de **DOSCIENTOS VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/L ($225.720.000) M/L**
PLAZO DEL CONTRATO: La duración total del presente contrato es de doce (12) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.
GARANTÍAS: Para amparar los riesgos que se generen con la ejecución del presente contrato, LA CONTRATISTA se obliga a tomar con una compañía de seguros legalmente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la suscripción del mismo, la siguientes pólizas: Póliza de responsabilidad civil con amparo adicional para CLÍNICAS, HOSPITALES, LA CONTRATISTA deberá constituir a su costo la póliza expedida por una compañía de seguros legalmente constituida y aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia, en la que ampare a LA CONTRATISTA de eventuales reclamaciones de terceros derivadas de la responsabilidad extracontractual por las actuaciones, hechos u omisiones de LA CONTRATISTA o sus funcionarios. La póliza debe cubrir la vigencia del término del contrato. PARÁGRAFO PRIMERO: LA CONTRATISTA mantendrá vigente hasta la liquidación del presente contrato y sus otro si, adiciones o modificaciones, las garantías a las cuales se refiere esta cláusula. PARÁGRAFO SEGUNDO: LA CONTRATISTA deberá presentar a LA CONTRATANTE dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la firma del presente contrato, un ejemplar de las pólizas de que trata la presente cláusula y recibo, constancia o certificación expedida por la compañía de seguros en la que conste el pago de las mismas y el respectivo clausulado de las garantías. Si LA CONTRATISTA no cumple con esta obligación LA CONTRATANTE está facultada para suspender los pagos hasta tanto se subsane este incumplimiento. En caso de que LA CONTRATISTA no constituya las pólizas o no subsane las mismas, LA CONTRATANTE podrá dar por terminado el contrato unilateralmente, sin lugar a indemnización. PARÁGRAFO TERCERO: LA CONTRATISTA garantizará que todos y cada uno de sus profesionales de salud (adscritos o vinculados) cuenten con la respectiva póliza de responsabilidad civil profesional que garantice el pago de cualquier perjuicio que se derive del ejercicio de su actividad.

CONSIDERACIONES

Entre los suscritos de una parte, **CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLOREZ** identificado con la cédula de ciudadanía N°.15.432.123, en calidad de Representante legal de **ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S (en adelante SAVIA SALUD EPS**) con NIT. 900.604.350-0 quien en adelante se denominará **LA CONTRATANTE**, y de la otra parte **MARIA CRISTINA VARGAS DELGADO,** identificado con la cédula de ciudadanía N°. 1.032.070.169, actuando en calidad de

Representante Legal de **ESE HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA_CONCEPCIÓN,** con NIT. 890.980.512-2, quien para todos los efectos aquí previstos se denominará **EL CONTRATISTA**, se ha celebrado el presente contrato de prestación de servicios, previas las siguientes consideraciones (...)

Que el contrato N° RS-0636-2026 fue suscrito el día treinta y uno (31) de julio de 2026.

Se designó a **EDWIN ALEXANDER LÓPEZ OSORIO** como supervisor del contrato.

El plazo del mismo se cuenta a partir de la fecha establecida en el acta de inicio suscrita por las partes del contratista y el responsable del seguimiento contractual.

Fijar como fecha de inicio del contrato de prestación de servicios de salud el día primero (01) de agosto de 2026.

De acuerdo con lo anterior, la fecha de terminación será el día treinta y uno (31) de julio de 2027.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta los que en ella intervinieron, el día primero (01) de agosto de 2026.

Edwin Alopez.

EDWIN ALEXANDER LÓPEZ OSORIO
SUPERVISOR

MARIA CRISTINA VARGAS DELGADO
CONTRATISTA

Elaboró: Luna Jimena Serna Muñoz
Abogada de Contratación