Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0022		
Fecha: 19/08/2015	FORMATO APROBACIÓN GARANTÍA ÚNICA	
Versión: 2		

UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

EL SUSCRITO JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 00502 DEL 05/03/2026, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 01567 DEL 09/06/2026, ORDEN INTERNA NO. 280 DEL 07/10/2026 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y DECRETO NRO. 1082 DE 2015, REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: N° 86-7-20196-26

CONTRATISTA: CLINICA AVIDANTI ARMENIA. S.A **NIT:** 901.597.570-7

OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE CARDIOLOGÍA ESPECIALIZADA, QUE INCLUYE CONSULTA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDÍO Grupo No 1: CARDIOLOGIA – NEUROVASCULAR".

VALOR: CIENTO VEINTE CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($125.000.000,00) para la vigencia 2026.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: NACIONAL DE SEGUROS **NIT**: 860.002.527-9
PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO: 400081024 **EXPEDIDA EL** 20/10/2026
COMPAÑÍA ASEGURADORA: CHUBB **NIT**: 860.026.518-6
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: 80022 **EXPEDIDA EL** 06/08/2026

AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
			DESDE	HASTA
Cumplimiento de contrato	$ 25.000.000,00	20%	14/10/2026	30/04/2027
Calidad del bien y/o servicio	$ 62.500.000,00	50%	14/10/2026	30/04/2028
De Salarios y prestaciones sociales	$ 6.250.000,00	5%	14/10/2026	30/04/2030
Responsabilidad civil Profesional clínica -hospitales	$4.000.000.000	------	31/07/2026	30/07/2027

NOTA: Se realiza la consulta de las garantías en la página *https://www.fasecolda.com/ramos/cumplimiento/consulta-de-polizas/*, las cuales se anexan al presente formato.

Por encontrarse expedida en debida forma, de conformidad con lo exigido en el contrato de la referencia, se aprueba la póliza de garantía única. Para constancia se firma en Pereira a los 27/10/2026.

Mayor **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 (E)

Elaboró: SI. Leonela Trejos V
Funcionaria de Contratos RASES No 3

Revisó: CPS. Nelson Raul Figueroa Peñaloza
Abogado RASES N°3

Fecha: 27/10/2026
Ubicación: C:\Users\leonela.trejos\Documents\1. SI LEONELA\CONTRATOS\2026\1. MINIMAS\21. CARDIOLOGIA DEQUI DOS

Calle 94 Avenida Villa olímpica frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 ext. 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

CHUBB

Podrá consultar su póliza de Responsabilidad Civil o Todo Riesgo Construcción firmada digitalmente en www.chubb.com/co opción Servicios en línea.

Chubb Seguros Colombia S.A. (57 601) 326-6200 PBX
Nit 860.026.518-6 (57 601) 319-0300
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7 (57 601) 319-0400
Bogotá D.C. (57 601) 319-0408 Fax
Colombia www.chubb.com/co

Póliza Ant.:

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	02 Renovacion	80022	0	**12008002200000**

Sucursal	Vigencia del Seguro	Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Fecha de Emisión	Año	Mes	Día
03 BOGOTA	**Desde**	2026	07	31	00	**Hasta**	2027	07	30	24		2026	08	06

Tomador AVIDANTI S.A.S. **C.C. O NIT** 8001854499
Dirección CR 20 SUR 103 40 **Ciudad** IBAGUE

Asegurado AVIDANTI S.A.S. **C.C. O NIT** 8001854499
Dirección CR 20 SUR 103 40 **Ciudad** IBAGUE

Beneficiario TERCEROS AFECTADOS **C.C. O NIT** 11111
Dirección . **Ciudad** .

Intermediario

30352	AON RISK COLOMBIA S. A.	10,50
42143	ASA AGENCIA DE SEGUROS	4,50

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

RENUEVA POLIZA NRO. 0073673

SE EMITE AL PRESENTE POLIZA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER. ACUERDO PAGO:
6 CUOTAS IGUALES A 30-60-90-120 Y 180 DIAS DESDE FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del **mes** siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax:(57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima Gravada	0,00	$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	$COP
Valor I.V.A.	0,00	$COP
Total Prima	**0,00**	**$COP**
Gastos de Expedicion	0,00	$COP
I.V.A. Gastos Expedicion	0,00	$COP
Total otros Pagos	**0,00**	**$COP**
Total a Pagar	**0,00**	**$COP**

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirientes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Tomador **Chubb Seguros Colombia S.A.**

ARCHIVO

CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Calle 72 No. 10-51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(57 601) 3190300 PBX
(57 601) 3190400
(57 601) 3190408 Fax
(57 601) 3190304
www.chubb.com/co

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	02 RENOVACION	80022	0	**12008002200000**

Sucursal	Vigencia del Seguro									Fecha de Emisión		
		Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día
03 BOGOTA	**Desde**	2026	07	31	00	**Hasta**	2027	07	30	24	2026	08	06

Especificaciones Adicionales de Póliza

C O B E R T U R A S	$COP VLR.ASEGURADO	$COP VLR. PRIMA	$COP VLR.IMPUESTO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2026/08/06**

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**80022**		**0**	

Operacion:RENOVACION **05 OPERACION ORIGINAL**

T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg. 1	Mod. Seguro 0	CON:	
			COMERCIAL	EXTRACONTRACTUA		

Forma Lucro Cesante	Coaseg. Pactado Negocio 40	%	Periodo Indemn. No Jumbo	Meses	Poliza Acomod. N	Pol.Rel/Autor 00/

Departamento....:	TOLIMA	Cod.....:	34
Sucursal.....:	BOGOTA	Cod.....:	03
NombMULTIBROKER		Cod. Agente.....:	1-1111
		Coms.Agente..:	%/ 15.00%
Tomador.....:	AVIDANTI S.A.S.	Nit. CC.....:	8001854499
Direccion.....:	CR 20 SUR 103 40	Ciudad.....:	IBAGUE
Asegurado.....:	AVIDANTI S.A.S.	Nit. CC.....:	8001854499
Direccion.....:	CR 20 SUR 103 40		IBAGUE
Beneficiario....:	TERCEROS AFECTADOS	Nit. CC.....:	11111
Direccion.....:	.		.
Moneda.....:	PESOS	Cod.....:	00
Tipo de Cambio..:			

V I G E N C I A S:	POLIZA		DOCUMENTO		Calculo: 2=Corto Pl.
Ter	Dias	Emision	Desde	Hasta	Prima 3=Prorrata
12	364	20260806	20260731	20270730	3 4=Especial

Tipo de Negocio.:	Sin Coaseguro	%	
ó Aceptacion....:			
Coaseguros.....:		Poliza Lider	Doc Lider
Aceptados .....:	% Participacion	%	

Nro. de Rsgo	Bien A. o Tray	Cod de Amp	Des cr. Amp	Descripcion del Riesgo: Bien Asegurado	Decl arac	Ram Esp	Dias Lucro	Suma A/da. Anual Lim.Max.Asegurado Lim.Max.Despacho.

TOTAL VALORES

Des Amp	Vlr.A/ble/* Valor Valor Base*Despacho	Su ma	Tasa Basica	V a l o r P r i m a	* D e d u c i b l e s * %	V a l o r

TO **...TOTALES**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2026/08/06**

Hoja Matriz de: OTROS						
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**80022**		**0**	

Operacion:RENOVACION **05 OPERACION ORIGINAL**

Continuacion de la pagina Anterior

Nro. Rsgo	Direccion riesgo / Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasi fica.

COASEGUROS CEDIDOS

Clausulas y Textos:

SE EMITE AL PRESENTE POLIZA A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICAC
ION DEL BROKER. ACUERDO PAGO: 6 CUOTAS IGUALES A 30-60-90-120 Y 180
DIAS DESDE FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Elite – Médica

Tomador: AVIDANTI S.A.S (NIT.800.185.449-9)

Asegurado:

1. AVIDANTI SAS
2. ANGIOGRAFIA DE COLOMBIA SAS
3. ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS
4. CLINICA CHIA S.A.S
5. ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S.
6. INVERCLINICAS S.A.S
7. CLINICA BLAS DE LEZO S.A.S
8. CLNICA LA MILAGROSA S.A.
9. CLINICA GENERAL DE CIENAGA S.A.S
10. CLINICA MEDIESP S.A.S
11. HELPHARMA S.A.S
12. UNION DE CIRUJANOS S.A.S
13. CLINICA SAN JOSE DE TORICES SAS
14. DIACOR SOACHA ZONA FRANCA S.A.S
15. CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S.
16. CLINICA AVIDANTI ARMENIA S.A.S

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

AVIDANTI S.A.S

Vigencia: Desde julio 31 de 2026 a las 00:00 horas –
Hasta el 30 de Julio de 2027 a las 24 horas.

Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.

Delimitación Territorial: Colombia

Jurisdicción: Colombia

Modalidad de Cobertura: Claims Made

Condiciones Económicas

Limite de Responsabilidad	Deducible por reclamo	Prima Anual Antes de IVA
Cop $4.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual	**Daños:** Organización Clínica General del Norte: 10% del valor de la perdida mínimo COP $80.000.000 por reclamo Demas Compañías: 10% del valor de la perdida mínimo COP $35.000.000 por reclamo **Gastos Legales** Gastos legales sin deducible pero la cobertura estará sublimitada a $300.000.000 únicamente.	COP$ 1,513.600.000 + Gastos de emisión COP$12.0000

Cobertura Basica

- COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

  POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador 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:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS. SALVO AQUELLAS CIRUGIAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MEDICA POR SALUD, Y SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PROCEDIMIENTOS SEAN REALIZADOS POR LOS ESPECIALISTAS DEBIDAMENTE APORBADOS PARA TAL FIN.
- SE MODIFICA LA SIGUIENTE EXCLUSIÓN A LA POLIZA:

  EXCLUSION INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO MODIFICADO

  SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 3.24 DEL CLAUSULADO DE LA SIGUIENTE FORMA: 3.24 INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO **ACTOS MEDICOS ERRONEOS** FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO EXCEPTO CUANDO LA SALUD O VIDA DE LA MUJER ESTA EN RIESGO, O POR EXIGENCIA LEGAL Y CONSTITUCIONAL LA CLÍNICA SE VEA OBLIGADA A HACER EL TRATAMIENTO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Profesionales en virtud del contrato No. 12076-653-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio – FOMAG – administrado por FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por INVERCLINICAS SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076-215-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

- FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG – ADMINISTRADO POR FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ANGIOGRAFIA DE COLOMBIA SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076-724-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG – ADMINISTRADO POR FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CLINICA BLAS DE LEZO SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076-382-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- SALUD TOTAL EPS SAS es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por HELPHARMA S.A.S en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato firmado el 01 de Julio de 2020. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG – ADMINISTRADO POR FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por AVIDANTI SAS en la prestación de **los Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076-446-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG – ADMINISTRADO POR FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por UNION DE CIRUJANOS SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076-274-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG – administrado por FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076- 268-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

- FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG – ADMINISTRADO POR FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por UNION DE CIRUJANOS SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076-274-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG – administrado por FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. 12076- 268-2025. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO-FOMAG ADMINISTRADO POR FIDUPREVISORA S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CLINICA BLAS DE LEZO SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No.12076-626-2024. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- FAMISANAR SAS es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CLINICA CHIA SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No. S-13-1-03-1-04463. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S.en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato de prestación de servicios No. 86-7-20122-25. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A NUEVA EPS S.A es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S. en la prestación de los **Servicios Profesionales en** virtud del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO EN LA MODALIDAD DE EVENTO No. 02- 01-02- 00589-2016. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

- NUEVA EMPRESA PROMOTA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A., Nit. 900.156.264- 2. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No 01-05-08-00107-2022. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

- SALUD TOTAL EPS-S S.A. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato 00223-2016. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- LA NACION – POLICIA NACIONAL –DIRECCIÓN DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1. es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Acto médico erróneo cometidos por CENTRO DE CANCEROLOGIA DE BOYACA S.A.S. en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato de prestación de servicios N° 81-7-20267-25. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- COLMENA SEGUROS RIESGOS LABORALES S.A. es considerado como asegurado adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **acto médico erróneo** cometidos por CLÍNICA GENERAL DE CIENAGA SAS en la prestación de los **servicios profesionales** en virtud del contrato de prestación de servicios de salud no. cw2355510. lo anterior sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

- EPS FAMISANAR S.A.S es considerado como Asegurado Adicional bajo esta póliza únicamente respecto a cualquier **Reclamación** presentada por un tercero por la responsabilidad solidaria a consecuencia de **Acto Médico Erróneo** cometidos por ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S en la prestación de los **Servicios Profesionales** en virtud del contrato No S-13-1-03-1-04046 de suministro y prestación de servicios de salud del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC. Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza

- COBERTURA PARA GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA CON UN SUBLIMITE DE $200.000.000 POR RECLAMO Y EN EL AGREGADO ANUAL

  Fecha de retroactividad: Julio 31 de 2026

  LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA EN LOS QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA QUE SE PRESENTE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

  LO ANTERIOR SIEMPRE Y CUANDO:

  LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA TENGA LUGAR EN EL TERRITORIO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA.

  LA DECISIÓN DE EVACUACIÓN ESTÉ DEBIDAMENTE SUSTENTADA POR EL ASEGURADO.

  SE INFORME AL ASEGURADOR DE LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LLEVÓ A CABO LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA.

  SE PROPORCIONE AL ASEGURADOR UNA PRUEBA SATISFACTORIA DE QUE EL ASEGURADO INCURRIÓ Y PAGÓ DICHOS GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA; Y

  EL ASEGURADO TOMA TODAS LAS MEDIDAS RAZONABLES PARA EVITAR UNA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA Y PARA MITIGAR LOS GASTOS DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA.

  NO SE PAGARÁ NINGÚN GASTO DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA QUE SURJA, RESULTE DE O SEA ATRIBUIBLE A:

  UN SIMULACRO DE EVACUACIÓN PLANIFICADO;

  LA EVACUACIÓN DE PACIENTES DEBIDO A SUS CONDICIONES MÉDICAS;

  EL TRASLADO O ALTA DE PACIENTES O EN GENERAL LOS TRÁMITES DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA;

  REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN O CUALQUIER OTRA CONTAMINACIÓN RADIACTIVA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA;

  GUERRA;

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FUERZA O ACCIÓN MILITAR; O

UNA HUELGA.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA APLICA COMO SUBLIMITE DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ESTE MÓDULO Y NO SE CONSIDERA EN ADICIÓN AL MISMO.

SI ALGÚN GASTO DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA CUBIERTO POR ESTE MÓDULO TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO POR OTRO SEGURO VÁLIDO DISPONIBLE PARA EL ASEGURADO O COBERTURA SIMILAR EN CUALQUIER SEGURO ENTONCES ESTA COBERTURA OPERARÁ EN EXCESO DE DICHO OTRO SEGURO O COBERTURA.

Se incluye en la sección de Definiciones las definiciones de:

Gastos de Evacuación de Emergencia significa los honorarios, costos y gastos razonables y necesarios en los que incurra el Asegurado como resultado directo de una "evacuación de emergencia" de sus pacientes, incluidos los costos asociados con el transporte y la reubicación de sus pacientes. Los "gastos de evacuación de emergencia" no incluirán ningún salario, beneficio, gasto, remuneración o gastos generales de ningún empleado del asegurado.

Evacuación de emergencia significa una evacuación de sus pacientes de sus instalaciones en función de una determinación suya debidamente sustentada de que un evento o una condición en dichas instalaciones pone a sus pacientes en peligro inminente de daño o pérdida de vida. Una "evacuación de emergencia" tiene lugar al comienzo del proceso de evacuación.

El valor asegurado de esta cobertura hace parte del sublímite de la cobertura de responsabilidad civil de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Si algún Gastos de Evacuación de Emergencia está cubierto por este endoso, también está cubierto por otro seguro válido disponible para el Asegurado o cobertura similar como parte de otro aseguro, entonces la cobertura provista por este endoso excederá a dicho otro seguro.

Referencia-Contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integridad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envio de pacientes o elementos de ayuda diagnostica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnostica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnostica.

DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA PERMANECEN SIN CAMBIO.

- COBERTURA PARA GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN CON UN SUBLIMITE DE $200.000.000 POR RECLAMO Y EN EL AGREGADO ANUAL

Fecha de retroactividad: Julio 31 de 2026

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR, LOS GASTOS PREVIAMENTE APROBADOS POR EL ASEGURADOR, QUE SURJAN DE LA CONTRATACIÓN DE UNA FIRMA DE ABOGADOS PARA SU DEFENSA, UN CONSULTOR O UNA FIRMA ESPECIALIZADA EN GESTIÓN DE IMAGEN,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PUBLICIDAD Y RELACIONES PÚBLICAS, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, CON EL PROPÓSITO DE REPARAR LA IMAGEN DEL ASEGURADO QUE SE HAYA VISTO AFECTADA COMO CONSECUENCIA DE UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA, POR PRIMERA VEZ, EN CONTRA DEL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO CUBIERTO BAJO ESTE MÓDULO.

LO ANTERIOR SIEMPRE Y CUANDO:

LOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN TENGAN LUGAR EN EL TERRITORIO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA.

SE PROPORCIONE AL ASEGURADOR UNA PRUEBA SATISFACTORIA DE QUE EL ASEGURADO INCURRIRÁ Y PAGARÁ DICHOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN; Y

EL ASEGURADO TOMA TODAS LAS MEDIDAS RAZONABLES PARA EVITAR AFECTAR LA IMAGEN DEL ASEGURADO Y MITIGAR LOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN.

SE ENTIENDE QUE HA EXISTIDO UNA AFECTACIÓN A LA IMAGEN DEL ASEGURADO CUANDO SE PUBLICA INFORMACIÓN POR CUALQUIER MEDIO IDÓNEO PARA LLEGAR A UN NÚMERO SIGNIFICATIVO DE PERSONAS, EN LA QUE SE ATRIBUYE AL ASEGURADO LA VIOLACIÓN DE NORMAS LEGALES, ÉTICAS O DE LA LEX ARTIS, O LA COMISIÓN DE UN DELITO, COMO CONSECUENCIA DE UN SUPUESTO ACTO MÉDICO ERRÓNEO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA APLICA COMO SUBLIMITE DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ESTE MÓDULO Y NO SE CONSIDERA EN ADICIÓN AL MISMO.

SI ALGÚN GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y REPUTACIÓN CUBIERTO POR ESTE MÓDULO TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO POR OTRO SEGURO VÁLIDO DISPONIBLE PARA EL ASEGURADO O COBERTURA SIMILAR EN CUALQUIER SEGURO ENTONCES ESTA COBERTURA OPERARÁ EN EXCESO DE DICHO OTRO SEGURO O COBERTURA

- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 18/11/2025-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I.

Participación CHUBB: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima

Términos de Pago de Prima:

6 CUOTAS IGUALES A 30-60-90-120 Y 180 DIAS DESDE FECHA DE INCIO DE VIGENCIA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB®

AVIDANTI S.A.S

Cliente: GRUPO ZENTRIA
Intermediario: AON RISK
Estado: NO EMITIDO
Negocio Nuevo/Renova RENOVACION

PRIMA VIGENCIA 12 MESES

TIPO DE CARTERA	LOB	SUCURSAL	NOMBRE RAMO	POLIZA	ANEXO	FECHA EMISION	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DIAS DE VIGENCIA	PRIMA EMITIDA PESOS	IVA PENDIENTE COP	TOTAL CARTERA
COASEGURO CEDIDO	Property	BOGOTA	48 CHUBB MODULAR	NO EMITIDA	NO EMITIDA	NO EMITIDA	1-ago-25	1-ago-27	365	1,513,600,000	287,584,000	1,801,184,000
DIRECTA	Medmal	BOGOTA	12 RESPONSABILIDAD CIVIL	NO EMITIDA	NO EMITIDA	NO EMITIDA	1-ago-25	1-ago-27	365	602,715,085	114,515,866	717,230,951
DIRECTA	Casualty	BOGOTA	12 RESPONSABILIDAD CIVIL	NO EMITIDA	NO EMITIDA	NO EMITIDA	1-ago-25	1-ago-27	365	143,360,000	27,238,400	170,598,400
									TOTAL	2,259,675,085.00	429,338,266.15	2,689,013,351.15

PLAN DE PAGO SOLICITADO VIGENCIA 12 MESES
NO. DE CUOTAS PLAN DE PAGOS: 6 CUOTAS IGUALES A 30-60-90-120 Y 180 DIAS DESDE FECHA DE INCIO DE VIGENCIA.

No CUOTAS	PLAN DE PAGOS DESDE INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE PAGO DESDE INICIO DE VIGENCIA	PRIMA COLS
1	30	31-ago-26	448,168,892
2	60	30-sep-26	448,165,892
3	90	30-oct-26	448,168,892
4	120	29-nov-26	448,168,892
5	150	29-dic-26	448,168,892
6	180	28-ene-27	448,168,892
		Total	2,689,013,351.15

Nota 1:

Chubb Seguros Colombia es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Colombia está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit. 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7
A.A. 29782
571 326-6200 Tels
Bogotá D.C., Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Cra 7 No.71-21 Torre B Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(571) 319 0300
F +(571) 319 0408

CHUBB®

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

18/11/2025-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I
16/04/2025-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo con el texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

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

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** 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:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES.**

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO.**

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECIFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. 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.

II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, 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.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDOPERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

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

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE.

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES 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 HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR 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 DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, 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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS **DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.**

3.28. CIRUGÍAS BARIÁTRICAS.

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS SALVO AQUELLAS CIRUGÍAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MÉDICA POR SALUD.

3.29. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.30. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD

CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.32. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.33. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.34. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.35. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.36. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO**, **DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.37 DAÑOS NO COMPRENDE

A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.

B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.

C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,

D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.38 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** 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: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños**, **Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales,** sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovistoo de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Período Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Período Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;

IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación.**

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual.**

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación.**

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo.**

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador.**

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al Asegurado **los** daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador.**

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** 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 **Asegurado** y **Asegurador** no lograren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** 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 las **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación.**

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como "no renovación" y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones.**

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones,se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones.** Cualquier Reclamación **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones.** La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último Periodo Contractual, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado , enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;

- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador.**

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador.**

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador.**

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado.**

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad.**

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado.**

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta pólizaa de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado.**

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado.**

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado

a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.

b. Daños punitivos y ejemplarizantes.

c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,

d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

a. Una violación de la seguridad de la red

b. Uso no autorizado de una red informática

c. Un virus de Computadora

d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo.**

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

26. OTRAS CONDICIONES:

I. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el tomador se obliga con CHUBB a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de ésta.

II. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de CHUBB, la ciudad de Bogotá.

III. DEFENSOR AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

A continuación se encuentra mayor información del Defensor al Consumidor Financiero de Chubb, ingresando a https://www.chubb.com/co-es/sobre-chubb-colombia/defensor-del-consumidor-financiero.html

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Cra 7 No.71-21 Torre B Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(601) 319 0402
018000 917 500

717680

Señores
POLICIA NACIONAL
Ciudad

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
NIT: 860.026.518-6
CERTIFICA QUE:

CHUBB

CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS *identificada con Nit.* ***901597570-7*** *tiene contratada con nuestra compañía la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica* ***N° 80022****, bajo las condiciones que detallamos a continuación:*

TOMADOR:
CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS

ASEGURADO:
ONCOLOGOS DE OCCIDENTE SAS
CENTRO DE CANCEROLOGÍA DE BOYACA SAS
CLINICA CHIA SAS
AVIDANTI S.A.S
CLINICA BLAS DE LEZO S.A.S
ANGIOGRAFIA DE COLOMBIA SAS
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.S.
INVERCLINICAS S.A.S
CLNICA LA MILAGROSA S.A.
CLINICA GENERAL DE CIENAGA S.A.S
CLINICA MEDIESP S.A.S
HELPHARMA S.A.S
UNION DE CIRUJANOS S.A.S
CLINICA SAN JOSE DE TORICES SAS
DIACOR SOACHA ZONA FRANCA S.A.S
CLINICA AVIDANTI ARMENIA S.A.S

VIGENCIA:
Desde julio 31 de 2026 a las 00:00 horas – Hasta el 30 de Julio de 2027 a las 24 horas.

LÍMITE ASEGURADO:
Cop $4.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual

DEDUCIBLE
Daños:
Organización Clínica General del Norte: 10% del valor de la perdida mínimo COP $80.000.000 por reclamo

Demas Compañías: 10% del valor de la perdida mínimo COP $35.000.000 por reclamo

Gastos Legales
Gastos legales sin deducible pero la cobertura estará sublimitada a $300.000.000 únicamente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Cra 7 No.71-21 Torre B Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(601) 319 0402
018000 917 500

La presente certificación se expide por solicitud del Asegurado en conexión al contrato con **POLICIA NACIONAL.**

Bajo estos términos y condiciones se extiende a amparar el ***INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA PN RASES N°3 MIC 069 2026*** *suscrito entre* ***POLICIA NACIONAL*** *Y* ***CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS.***

Este certificado no modifica de manera alguna ni toma precedente sobre los términos y condiciones de la póliza N° 80022.

Esta certificación se encuentra sujeta a la totalidad de términos, condiciones, amparos, exclusiones, garantías, definiciones y sublímites de acuerdo con la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica N° 80022, *emitida por* ***CHUBB SEGUROS,*** *y el* clausulado de condiciones generales.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá, el día 20 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

FIRMA AUTORIZADA
Líder de Procesamiento Masivo
Chubb Seguros de Colombia S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINICA AVIDANTI
ARMENIA
ORGANIZACIÓN DE VALOR SUPERIOR EN SALUD
NIT. 901.597.570-7

Armenia 27 de octubre de 2026

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
POLICÍA NACIONAL
Armenia

Asunto: Solicitud de aceptación de póliza de responsabilidad civil médica para la ejecución del contrato de prestación de servicios de hemodinamia

Cordial saludo,

En atención al proceso de contratación mediante el cual fue adjudicado a **CLÍNICA AVIDANTI ARMENIA S.A.S.** el contrato para la prestación de servicios de cardiología - neurovascular, nos permitimos presentar las siguientes aclaraciones respecto de las garantías requeridas para dar continuidad al proceso contractual.

De acuerdo con las condiciones establecidas en los pliegos de la licitación **PN RASES No 3 MIC 069 2026**, se solicita la constitución de tres pólizas: garantía de calidad del servicio, cumplimiento del contrato y responsabilidad civil médica.

Al respecto, nos permitimos informar que **CLÍNICA AVIDANTI ARMENIA S.A.S. ha adquirido una póliza destinada a amparar los riesgos correspondientes a la calidad del servicio y al cumplimiento de las obligaciones contractuales**, dando así atención a las garantías previstas para dichos conceptos.

En cuanto a la garantía de responsabilidad civil médica, la Clínica ha presentado una extensión de su póliza general de responsabilidad civil médica, mediante la cual se busca amparar la prestación de los servicios objeto del contrato adjudicado. Esta alternativa se sustenta en las condiciones de cobertura de la póliza vigente, la cual cuenta con un límite asegurado de **CUATRO MIL MILLONES DE PESOS ($4.000.000.000)** y una vigencia hasta el **30 de julio de 2027**, condiciones que, de acuerdo con nuestra revisión, representan una cobertura superior a la requerida en los pliegos del proceso de contratación.

En este sentido, consideramos que la póliza presentada constituye una garantía idónea para respaldar los riesgos asociados a la responsabilidad civil médica derivados de la prestación de los servicios contratados, sin perjuicio de la validación que corresponda por parte de esa Regional respecto de las condiciones, exclusiones, vigencia, alcance y demás requisitos establecidos contractualmente.

Por lo anterior, **solicitamos respetuosamente que se evalúe y acepte la extensión de la póliza general de responsabilidad civil médica presentada por la Clínica**, teniendo en cuenta su límite asegurado, vigencia y alcance de cobertura, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos de aseguramiento y continuar oportunamente con el proceso contractual.

CLINICA AVIDANTI
ARMENIA
ORGANIZACIÓN DE VALOR SUPERIOR EN SALUD
NIT. 901.597.570-7

Reiteramos nuestro compromiso con el cumplimiento de las obligaciones contractuales, la adecuada gestión de los riesgos y la prestación segura y oportuna de los servicios de hemodinamia objeto de la contratación.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a sus observaciones, así como a cualquier documentación complementaria que se requiera para la validación y aceptación de las garantías presentadas.

Atentamente,

JULIAN DAVID SANABRIA RIVERA
LIDER COMERCIAL Y DE MERCADEO
CLINICA AVIDANTI ARMENIA S.A.S.
901597570

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

16 Oct 2026 05:54
NIT 900277244
Usuario: LINA JULIET ROJAS PULGARIN

Pago exitoso

CUS 745522654

Comercio
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Referencia 1
NIT

Fecha
16 Oct 2026 05:54

Referencia 2

Número de factura
4931214976

Referencia 3

Descripción del pago
LATAM PayU Payment Gateway Configuration for Chubb Payments Portal Colombia

Valor del Pago
$4.845.121

Número de comprobante
TR261016105436kFCIlp

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Producto
****** 4448**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB®

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit. 860.026.518-6
Dirección: Carrera 7 No. 71-21 Piso7,
Bogotá D.C., Colombia
Teléfono: 601 326 6200 Ext.1556

Recibo de pago N°
00000027483

Sucursal	Fecha de pago
Bogotá	16-10-2026

Recibido de:	Nit o C.C.
CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS	9015975707

La suma de: $4.845.121,00

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTE Y UNO PESOS

Por concepto de:

PAGO PÓLIZA(S)

ANULADO

Ramo	Póliza	Endoso	Fecha emisión	Vigencia desde	Vigencia hasta	Importe	Tipo de pago
12-RESPONSABILIDAD CIVIL	80049	7	26/08/2026	31/07/2026	31/07/2027	$1.847.520,00	Total
12-RESPONSABILIDAD CIVIL	80049	8	26/08/2026	31/07/2026	31/07/2027	$671.731,00	Abono
48-HUBB MODULAR	8221	6	24/08/2026	31/07/2026	30/07/2027	$1.704.893,00	Total
48-HUBB MODULAR	8221	5	24/08/2026	31/07/2026	30/07/2027	$620.977,00	Abono

Forma de pago:	Moneda:	Total:
PSE	PESOS	$4.845.121,00

Validación de Póliza

Número de Referencia 12008002200000

Número de Identificación ! 8001854499

! Los campos obligatorios

Validar Póliza Limpiar

Datos De La Póliza

Póliza/Endoso: 80022/0

Tomador: AVIDANTI S.A.S.

Monto de la prima de la póliza: $ 0,00

Fecha de Emisión: 06/08/2026

Inicio de Vigencia: 31/07/2026

Fin de Vigencia: 30/07/2027

Descargar Póliza

VERIFICA TU POLIZA AQUÍ

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ESTATAL

nacional de seguros

NIT.: 860.002.527-9
www.nacionaldeseguros.com.co

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 94 N° 11-30 PISO 4
TELÉFONO (601) 7463219

REFERENCIA	SUCURSAL		COD. SUCURSAL		COD.PUNTO DE VENTA		RAMO	No. PÓLIZA	ANEXO
227983	BOGOTA		11				30	400081024	0
FECHA EXPEDICIÓN	**VIGENCIA DESDE**	**A LAS**	**VIGENCIA HASTA**	**A LAS**	**TIPO DE MOVIMIENTO**				**HOJA**
Día - Mes - Año	Día - Mes - Año	Horas	Día - Mes - Año	Horas					
20 / 10 / 2026	14 / 10 / 2026	00:00	30 / 4 / 2030	00:00	EXPEDICIÓN				1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE	CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS	NIT	901.597.570 - 7
DIRECCIÓN	AV CENTENARIO CLL 26 N LT 24 A, ARMENIA, QUINDIO	TELÉFONO	3184774002

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE	CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS	NIT	901.597.570 - 7
DIRECCIÓN	AV CENTENARIO CLL 26 N LT 24 A, ARMENIA, QUINDIO	TELÉFONO	3184774002

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO	NIT	900.339.410 - 8	TELÉFONO	3192930
BENEFICIARIO	POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO	NIT	900.339.410 - 8	TELÉFONO	3192930

OBJETO DEL SEGURO

OBJETO DE LA POLIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ASUMIDAS DE PARTE DEL CONTRATISTA, CON LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, EN VIRTUD DEL CONTRATO NO. CONTRATO: 86-7-20196-26 CUYO OBJETO ES:

"PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE CARDIOLOGIA ESPECIALIZADA, QUE INCLUYE CONSULTA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO

TIPO DE OBLIGACIÓN: CUMP-PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/10/2026	30/04/2027	25.000.000.00	27,123.29
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	14/10/2026	30/04/2030	6.250.000.00	44,315.07
CALIDAD DEL SERVICIO	14/10/2026	30/04/2028	62.500.000.00	193,150.68

ACLARACIONES

VALOR PRIMA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	No DOCUMENTO PARA PAGO
$ 264.589,04	$ 8.000,00	$ 51.791,92	$ 324.380,95	Día - Mes - Año 19/11/2026	901597570

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR ASEGURADO EN LETRAS
$ 93.750.000,00	NOVENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	%	NOMBRE COMPAÑÍA	%	VALOR ASEGURADO
AON COLOMBIA SA CORREDORES DE SEGUROS	2031	100,00			

FIRMA AUTORIZADA
NACIONAL DE SEGUROS S.A.
IVA REGIMEN COMUN- ACTIVIDAD ECONOMICA 6511
TARIFA ICA 11.04/1000

FIRMA TOMADOR

Nacional de Seguros S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
04/02/2025|1307|NT-P|05|NT-CUMP-ESTATAL6|D001 07/03/2025|1307|P|05|CL-CUMP-ESTATAL5|D001
ARAMIREZ

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400081024	0	BOGOTA	20 /10 /2026	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	TIPO DE MOVIMIENTO	DIRECCIÓN GENERAL	CALLE 94 N° 11-30 PISO 4
00:00 Horas del 14 /10 /2026	00:00 Horas del 30 /4 /2030	EXPEDICIÓN	TELÉFONO	7463219

TOMADOR	CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS	NIT	901.597.570 - 7
DIRECCIÓN	AV CENTENARIO CLL 26 N LT 24 A, ARMENIA, QUINDIO	TELÉFONO	3184774002
ASEGURADO	POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3	NIT	900.339.410 - 8
DIRECCIÓN	CALLE 94, AVENIDA VILLA OLÍMPICA, FRENTE A EXPOFUTUR, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	3192930
BENEFICIARIO	POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3	NIT	900.339.410 - 8
DIRECCIÓN	CALLE 94, AVENIDA VILLA OLÍMPICA, FRENTE A EXPOFUTUR, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	3192930

GRUPO NO 1: CARDIOLOGIA - NEUROVASCULAR".

Autorización de Tratamiento de Datos

Al aceptar esta cotización, autorizo de forma directa o a través de mi intermediario a la aseguradora para tratar mis datos personales (recolectar, almacenar, usar, consultar, actualizar y circular), incluyendo su consolidación en bases de datos propias y de terceros, con fines de evaluación del riesgo, suscripción, expedición, administración y ejecución del contrato de seguro, así como para contacto por medios físicos, telefónicos o electrónicos y la transferencia o transmisión de datos a terceros, proveedores, aseguradores, reaseguradores o autoridades dentro o fuera del país. Reconozco mis derechos conforme al artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, que podré ejercer a través del intermediario, incluyendo conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos, y revocar esta autorización.
Así mismo autorizo a la Aseguradora para consultar, reportar y tratar mi información y la de mis administradores en bases de datos o listas (públicas o privadas y/o centrales de riesgos) no solo del cliente sino también de sus administradores para la prevención del riesgo SARLAFT, y me obligo a actualizarla al menos anualmente, sin perjuicio de las verificaciones de la Compañía. Declaro haber sido informado de que estos derechos podrán ejercerse a través de los canales previstos en la Política de Tratamientos de Datos Personales disponible en el sitio web de la Aseguradora.

Cláusula de Indemnidad y Recobro

Con la expedición de la presente póliza de cumplimiento, El TOMADOR/AFIANZADO de la misma reconoce expresamente que entiende y acepta el derecho de subrogación y recobro que tiene NACIONAL DE SEGUROS en los términos del numeral 3 del artículo 203 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Así, se obliga de manera irrevocable e incondicional a pagar a la ASEGURADORA cualquier suma de dinero que esta deba cumplir por concepto de indemnizaciones, multas, cláusula penal, perjuicios, intereses o gastos, con ocasión de siniestros de una o más de las coberturas de la presente póliza de seguros. EL TOMADOR/AFIANZADO reconocerá además intereses moratorios a la tasa máxima comercial desde la fecha del pago de la Aseguradora hasta su cancelación total por parte del contratista tomador de la póliza. Es entendido asimismo que la obligación aquí asumida por el TOMADOR es autónoma e independiente de la validez del contrato garantizado o de cualquier controversia entre el Tomador y el Asegurado.
Las partes reconocen que la presente aceptación constituye una obligación clara, expresa y exigible que presta mérito ejecutivo a cargo del tomador/afianzado y a favor de NACIONAL DE SEGUROS, para lo cual solo será requerida la certificación contable respecto al valor pagado por parte de La Aseguradora.

********** **FIN PÓLIZA** **********

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL :	$	324,381.00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		CONTADO 30 DÍAS

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGÚN CONVENIO
19/11/2026	$ 324.380,95

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA TREINTA DÍAS (30) CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTÁ, D.C. EN OCTUBRE 20 DE 2026

NACIONAL DE SEGUROS S.A.

NACIONAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA

Que la garantía de cumplimiento contenida en la póliza No. 400081024, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía.

Tomador : CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS
NIT : 901.597.570 - 7
Asegurado : POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGUR
NIT : 900.339.410 - 8

Se expide la presente certificación a los 20 días del mes de Octubre de 2026.

Cordialmente,



NACIONAL DE SEGUROS S.A.

Transacción Aprobada

Si requiere más información acerca de la transacción, por favor contactarse al número telefónico: **3102652380**

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	NACIONAL DE SEGUROS S A COMPANIA DE SEGUROS GENERALES
Dirección:	CALLE 94 11 30 PISO 4 BOGOTA BOGOTA - Bogota - Colombia
Teléfono:	3102652380
Nit:	8600025279

DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Identificación:	NIT
Número de Identificación:	901597570
IP:	10.102.3.232

DATOS DEL PAGO

FORMA DE PAGO

No. Pago:	1003912748206
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	22/10/2026
Ticket ID:	1003912748206
Transacción/CUS:	763832638
Tipo de usuario:	Empresa
Estado Transacción:	Transacción Aprobada
Concepto:	Poliza

DATOS DEL PAGO	
Ciclo Transacción:	5
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1561
Total:	324380,95
Total Iva:	0

* Esta transacción esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA

RETORNAR AL COMERCIO

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

22 Oct 2026 10:42
NIT 900277244
Usuario: LINA JULIET ROJAS PULGARIN

Pago exitoso

CUS 763832638

Comercio
NACIONAL DE SEGUROS S A COMPANIA DE SEGUROS GENERALES

Referencia 1
10.102.3.232

Fecha
22 Oct 2026 10:42

Referencia 2
NIT

Número de factura
1003912748206

Referencia 3
901597570

Descripción del pago
Poliza

Valor del Pago
$324.380,95

Número de comprobante
TR261022154203d1vR3W

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Producto
****** 4448**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados de la Consulta

DATOS DE QUIEN CONSULTA

CAMPO	DATO
Nombre	Leonela
Número de Documento	1053779199
Fecha y Hora de la Consulta	20261027 14:31:22

DATOS GENERALES DE LA POLIZA

CAMPO	DATO
Referencia	227983
Número de Póliza	400081024
Anexo	0
Ramo	CUMPLIMIENTO
Tomador	CLINICA AVIDANTI ARMENIA SAS
Asegurado	POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3
Vigencia Desde	2026-10-14
Vigencia Hasta	2030-04-30

Suma Asegurada	93.750.000,00

OBJETO DEL SEGURO

OBJETO
EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ASUMIDAS DE PARTE DEL CONTRATISTA, CON LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, EN VIRTUD DEL CONTRATO NO. CONTRATO: 86-7-20196-26 CUYO OBJETO ES: "PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE CARDIOLOGIA ESPECIALIZADA, QUE INCLUYE CONSULTA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 3 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO GRUPO NO 1: CARDIOLOGIA - NEUROVASCULAR".

AMPAROS Y VIGENCIAS

Amparos	Vigencia Desde	Vigencia Hasta
CALIDAD DEL SERVICIO	2026-10-14	2028-04-30
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	2026-10-14	2027-04-30
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	2026-10-14	2030-04-30

LA INFORMACION AQUI CONSULTADA SE PUBLICA CON FINES INFORMATIVOS Y NO REEMPLAZA LA POLIZA EXPEDIDA POR NACIONAL DE SEGUROS S.A.

ESTA INFORMACION DEBE COINCIDIR CON LA POLIZA ORIGINAL, EN CASO DE ENCONTRAR ALGUNA INCONSISTENCIA LO INVITAMOS A NOTIFICARLO AL TELEFONO 601 7463219