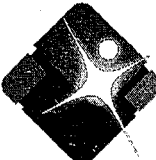


 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: SDS-PYC-FT-001 V.6</p>	<p>Elaborado por: Luis Carlos Martínez Nohora Rodríguez Revisado por: Fernando Fuentes Aprobado por: Sonia Luz Flórez</p>	
---	---	---	--

ACTA DE REUNIÓN

Tema: SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES DEL COMODATO A TITULO PRECARIO PARA ENTREGA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS.

Dirección y/o Oficina	Proceso
Provisión de Servicios de Salud	Provisión de Servicios de Salud

<p>Objetivo de la Reunión</p> <p>Realizar seguimiento a las obligaciones del comodatario e informe a la resolución 1347 de 2020.</p>	<p>Fecha de la reunión: 19-02-2021</p>
	<p>Lugar: Clínica del Occidente.</p>
	<p>Hora Inicio: Hora Fin:</p>
	<p>Notas por: Hugo Alejandro Reyes G.</p>
	<p>Próxima Reunión:</p>
<p>Quien cita:</p>	

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

Realizar seguimiento al uso y funcionamiento de los equipos biomédicos ubicados en las Unidades de Cuidados Intensivo, de la IPS Clínica del Occidente, entregados mediante comodato a título precario No. 1895654, lo cual permitirá al COMODATARIO dar cumplimiento a su misión.

Para el desarrollo del objeto contractual, los equipos biomédicos entregados se relacionan en documento anexo al acta de reunión código: SDS-PYC-FT-001 V.6. En cumplimiento de lo descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las siguientes obligaciones:

Observaciones adicionales:

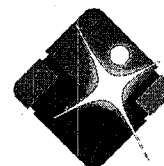
Se realizó inspección visual a los equipos en la UCI, evidenciando el funcionamiento y estado físico. Se recibe formato de Ingreso y Salida de Equipos por Control Interno para activos fijos. Se verifica los puntos de entrada de oxígeno y tuberías conector regulador para la instalación y puesta en funcionamiento. Se anexa cronograma de mantenimientos preventivos programados evidenciando el mantenimiento realizado al ventilador mecánico marca Strydomar modelo B50 Serie # 035001861863 que se encuentra pendiente el mantenimiento del otro ventilador mecánico Strydomar B50 Serie # 035001861841 para el día lunes 22 de febrero de 2021. Se evidencia con la Ingeniera Bionélica Erika Pinillos, el funcionamiento de los servicios públicos (agua, luz), actualmente los dos (2) ventiladores referidos en el comodato #1895654 se encuentran disponibles para su uso. Se adjunta Certificado de pago de partes parafiscales y copia de política #15-03-101007377.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y
CALIDAD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: SDS-PYC-FT-001 V.6

Elaborado por: Luis Carlos
Martínez
Nohora Rodríguez
Revisado por: Fernando Fuentes
Aprobado por: Sonia Luz Flórez



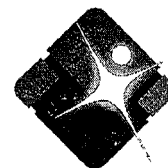
OBLIGACIONES DEL COMODATARIO		
ACTIVIDAD	CUMPLE / NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Recibir en calidad de precario los equipos objetos del presente y suscribir el acta de entrega con el correspondiente inventario, en conjunto con el supervisor del contrato y responsable del área de almacén de cada una de las entidades o designados para tal fin, indicando el estado en que se encuentran, dejando que considere pertinente.	N. APLICA.	
Dar al bien el uso propio de su naturaleza y proveer lo necesario para su adecuada custodia como lo es seguridad, un punto fijo de instalación, toma corriente, protección física y funcionamiento.	CUMPLE	
Conservar por su cuenta y riesgo, mantenimiento en perfectas condición, estado de presentación y seguridad, el bien objeto de este comodato, salvo el deterioro normal para su uso. En todo caso se aclara que la IPS no será responsable por efecto o daños propios de los ventiladores y que vengan del proceso de producción, ensamblaje, distribución, comercialización de los equipos.	CUMPLE	
Atender de forma inmediata las solicitudes y requerimientos de la supervisión del contrato y permitirle la inspección de los bienes objetos del comodato de manera fácil y expedita.	CUMPLE	
Asumir el pago de los servicios públicos, expensas comunes de administración y demás gastos a que haya lugar relacionados con el uso del bien durante el plazo del presente contrato.	CUMPLE	
Restituir los bienes al termino del comodato, mediante acta e inventario suscritos por la supervisión, en el que conste de manera clara y expresa el estado en que se encuentra, las especificaciones, características y accesorios a que haya lugar.	N. APLICA	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y
CALIDAD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: SDS-PYC-FT-001 V.6

Elaborado por: Luis Carlos
Martínez
Nohora Rodríguez
Revisado por: Fernando Fuentes
Aprobado por: Sonia Luz Flórez



Responder por los bienes objeto de este comodato en los términos establecidos en el artículo 2203 del código civil, lo cual conlleva a obligarse e emplear el mayor cuidado en la conservación de la cosa objeto del presente comodato, respondiendo hasta de la culpa levisima.	No Aplica	
Devolver los bienes objeto de este comodato, en el mismo estado en que los recibió, salvo el deterioro generado en el transcurso del tiempo y en todo caso responderá el comodatario, por los daños causados que no correspondan al uso normal del bien entregado de cara a la vida útil del mismo.	No Aplica	
Darle a los bienes objetos del presente comodato única y exclusivamente uso, goce y disfrute lícito.	COMPLE	Se adjunta videos y fotos de los equipos en funcionamiento
Responder por el pago de salarios y prestaciones a que haya lugar, del personal que operara los bienes dados en comodato. En todo caso ningún pago sobre el particular será a cargo del FFDS/SDS ni generara relación contractual alguna con el FFDS/SDS.	COMPLE	Se adjunta certificado de pago de parafiscales.

RESOLUCION 1347 DE 2020

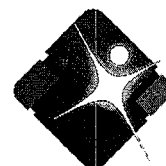
ACTIVIDAD	PRODUCTOS ENTREGADOS	OBSERVACIONES
Certificación de la capacitación efectuada por parte del proveedor de los bienes al personal de la institución prestadora de servicios de salud a cargo de la operación de los equipos.	Se adjunto registro de asistencia e informe de capacitaciones	
Verificación de la correcta instalación y puesta en funcionamiento de los ventiladores en cada institución prestadora del servicio de salud.	Se adjunto documento "Informe de Instalación y puesta en marcha de Equipos Brandedicos"	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y
CALIDAD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: SDS-PYC-FT-001 V.6

Elaborado por: Luis Carlos
Martínez
Nohora Rodríguez
Revisado por: Fernando Fuentes
Aprobado por: Sonia Luz Flórez



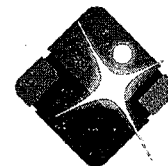
Constancia de la entrega y recibo a satisfacción de los ventiladores, por parte de las IPS, a las que el Departamento o Distrito entregó los ventiladores, la cual constara en un acta firmada por la entidad beneficiaria, el prestador y el proveedor de los bienes, la misma será avalada por el supervisor/interventor designado por este ministerio.	Se adjunta documento "Acta de entrega de Equipos bronodreos", donde se registra las especificaciones técnicas, Verificación de Equipos y accesorios y Verificación de entrega de documentos.	
Cuando los bienes son transferidos al Departamento o Distrito, dichas entidades son las propietarias de los mismos, quienes deberá remitir constancia de la incorporación de los equipos al inventario del Departamento o Distrito.	No Aplica	
Cuando los ventiladores sean entregados a IPS privadas, se deberá remitir copia del contrato de comodato suscrito entre la Entidad Territorial y la respectiva IPS, e información de la persona designada como supervisor del referido contrato de comodato.	Se adjunta copia del contrato de Comodato	
Cuando los ventiladores sean entregados por el Departamento o Distrito a una E.S.E, dicha entrega se podrá realizar mediante acto administrativo o contrato debidamente firmado, del cual se remitirá copia. En dichos actos administrativos no se podrá transferir la propiedad de los ventiladores.	No Aplica	
Constancia del aseguramiento de los equipos.	Se adjunta copia de póliza vigente hasta 30/01/2022.	
Información sobre los cambios en la ubicación física de los ventiladores, en caso de que se haya realizado el traslado de los mismos a otra IPS, diferente a la inicialmente reportada, esta deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 846 de 2020.	No Aplica	
Informes de mantenimientos (preventivos y correctivos) realizados.	Se adjunta cronograma de mantenimiento preventivo y Comprobante de mantenimiento realizado al ventilador Serie 035001861863	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y
CALIDAD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: SDS-PYC-FT-001 V.6

Elaborado por: Luis Carlos
Martínez
Nohora Rodríguez
Revisado por: Fernando Fuentes
Aprobado por: Sonia Luz Flórez



Reclamos por garantía.

No Aplica

Estado del funcionamiento y uso de los equipos.

Se adjunta registro fotográfico
y reporte de mantenimiento
previos

***COMPROMISOS**

ACCION	RESPONSABLE	FECHA
Mantenimiento preventivo al ventilador Serie # 03500 1861841 por proveedor.	Inq. Erika Pinillos	22-02-2021

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELEFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	ERIKA PINILLOS	ingenieroborealis@saludcapital.gov.co		Ingeniería B.	
2	HUGO A. REYES B.	hreyes@saludcapital.gov.co	3122337609	DPSS - SDS	
3					
4					
5					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si ☒ No ☐	No Aplica.

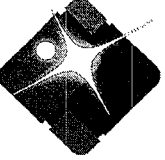
* De requerir más campos en los temas y comentarios tratados, compromisos, inclúyalos antes de imprimir este formato



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: SDS-PYC-FT-001 V.6

Elaborado por: Luis Carlos Martínez
Revisado por: Fernando Fuentes
Aprobado por: Sonia Luz Flórez



Fecha de seguimiento:
19-02-2021
Responsable:
GRILKA PAVILLOS
IPS:
CLINICA DEL OCCIDENTE

RELACIÓN DE EQUIPOS			Servicio / área (1)	Oxígeno		Aire		Voltaje	Toma corriente		Dotación completa* (monitor signos vitales)	Disponibilidad de talento humano	Manual del equipo (S/N)	Capacitación / Fecha inicio operación
No	Marca	Modelo		Tipo entrada	Presión (PSI)	Cuenta con?	Presión		Polo a tierra	Regulada				
1	SHIMANO	D50	3500/861863	DRSS	60	SI	60	SI	SI	SI	SI	SI	SI	27-07-2020
2	SHIMANO	D50	3500/861864	DRSS	60	SI	60	SI	SI	SI	SI	SI	SI	27-07-2020
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

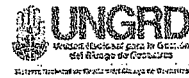
Permiso de comercialización / VUCE – No. VINVIMA:

* Accesorios (circuitos, filtros, etc.) / Monitores de Signos Vitales:

(1) Indique si es un servicio de salud / área de expansión / área reconvertida



GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD



Acta de entrega de equipos biomédicos

Acta No.

Fecha:

20 De Julio de 2020

En la ciudad de Bogotá en la IPS CLINICA DE OCCIDENTE, se reunieron los que al final de la presente acta firman, para realizar entrega y recepción a la **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá** mediante la Resolución anexa a la presente acta.

La entidad beneficiaria cuenta/compromete a garantizar las siguientes condiciones para la entrega y recibo de los ventiladores:

1. Realizar las adecuaciones locativas que se requieran para poner en funcionamiento los ventiladores entregados:

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se compromete a gestionar y garantizar con la IPS correspondiente las preinstalaciones necesarias para la puesta en funcionamiento de los equipos y de igual manera garantizar que las mismas estén dispuestas de manera oportuna respecto de: red eléctrica, gases medicinales, temperatura y humedad relativa.

2. Incluir los ventiladores en la póliza de seguro correspondiente:

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se compromete a incluir los equipos en el inventario de activos fijos de la institución.

3. Adelantar las acciones de mantenimiento preventivo y correctivo necesarias de acuerdo con la hoja de vida de los equipos recibidos:

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se compromete a gestionar y garantizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo una vez finalice el periodo de garantía del proveedor y a notificar las solicitudes de atención de correctivos de manera oportuna y por los canales suministrados por el proveedor mientras la garantía este vigente.

4. Incorporar en su inventario los ventiladores que reciba:

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se compromete a adelantar las actividades necesarias para incluir los (2) dos equipos relacionados en la presente acta al inventario de activos fijos de la institución.

5. Realizar recibo de los equipos:

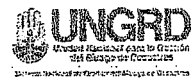
La Secretaría Distrital de salud de Bogotá, con la firma de la presente acta da por recibido los equipos que en ella se relacionan, como se detalla a continuación:

5.1. Especificaciones técnicas a verificar previo a la instalación: Marca / Modelo: Siriusmed / R50

Especificaciones técnicas mínimas	Cumple	No Cumple	Observaciones
1. Equipo para uso adulto/pediátrico.	Si		
2. Pantalla interconstruida:			
2.1 Tecnología LCD o TFT	Si		TFT
2.2 A color	Si		
2.3 Tamaño mínimo 8"	Si		14.1"
3. Control de parámetros de:			
3.1 Volumen corriente que cubra el rango de 50 o menor a 2000 mL o mayor.	Si		20-2250
3.2. Frecuencia respiratoria que cubra el rango de 1 a 80 respiraciones por minuto o mayor	Si		1-90
3.3. PEEP/CPAP que cubra el rango de 1 a 35 cmH2O o mayor	Si		1-35
3.4. Presión inspiratoria que cubra el rango de 5 o menor a 60 cmH2O o mayor.	Si		5-77
3.5. FIO2 que cubra el rango de 21 a 100%	Si		
3.6. Mecanismo de disparo por flujo y/o por presión.	Si		
3.7. Sensibilidad espiratoria.	Si		
3.8. Sensibilidad inspiratoria o trigger	Si		Por presión ó flujo
3.9. Presión soporte (PSV), presión asistida que cubra el rango de 0 a 50 cm H2O o mayor.	Si		0-77
3.10. Tiempo inspiratorio que cubra el rango de 0.3 o menor a 5 segundos.	Si		> 10.3
3.11. Ajuste de rampa de presión, retardo inspiratorio, rampa	Si		
3.12. Incremento 100% de O2 de 2 min o mayor	Si		
3.13. Flujo inspiratorio que cubra el rango de 10 a 100 L/min o mayor.	Si		6-1000 L/min
3.14. Flujo base, continuo o CPAP.	Si		



GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD



Acta de entrega de equipos biomédicos

Acta No.

Fecha:

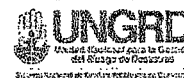
20 De Julio de 2020

3.15. Con opción de pausa inspiratoria	Si		
3.16. Con opción de pausa espiratoria	Si		
4. Características generales:			
4.1 Mezclador de aire - oxígeno interno.	Si		
4.2 Monitoreo de FIO2 interno o integrado.	Si		
4.3 Sensor de flujo.	Si		
4.4 Con sistema de compensación de fugas	Si		
4.5. Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español	Si		
4.6. Generación de aire mediante sistema de turbina de alto flujo (opcional)	Si		
5. Que permita monitorizar los siguientes parámetros:			
5.1 Presión inspiratoria pico.	Si		
5.2 Presión media en vías aéreas.	Si		
5.3 Presión de meseta.	Si		
5.4 PEEP y/o Auto PEEP	Si		Peep intrínseca CO2
5.5 Frecuencia respiratoria.	Si		
5.6 Volumen minuto.	Si		
5.7 Relación I:E.	Si		
5.8 Volumen corriente exhalado.	Si		
5.9 FIO2	Si		
5.10 Distensibilidad.	Si		
5.11 Resistencia.	Si		
5.12 Despliegue de al menos 2 de las tres curvas de ventilación de forma simultánea: presión/tiempo, flujo/tiempo y volumen/tiempo	Si		Muestra las 3 curvas.
5.13. Despliegue de bucles que incluya presión/volumen (opcional)	Si		
5.14. Monitoreo capnografía CO2 (opcional)		X	
5.13 Capacidad de almacenar eventos relacionados con los parámetros ventilatorios seleccionados y tendencias al menos de 24 horas.	Si		Tendencias x 72 horas.
6. Modos ventilatorios:			
6.1 Modos convencionales en presión y volumen.	Si		
6.2 Ventilación Asisto /Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por volumen.	Si		
6.3 Ventilación Asisto/Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por presión.	Si		
6.4 Ventilación espontánea: presión soporte/CPAP.	Si		
6.5 Ventilación no invasiva.	Si		
6.6 Ventilación en dos niveles de presión BIPAP o BILEVEL o DUOPAP	Si		
6.7 Respaldo en caso de apnea de acuerdo al modo ventilatorio, por volumen o presión.	Si		
7. Alarmas:			
7.1. Audibles y visuales ajustables.	Si		
7.2 Presión inspiratoria alta y baja.	Si		
7.3 PEEP bajo.	Si		
7.4 Apnea.	Si		
7.5 Volumen minuto y/o corriente (alto y bajo).	Si		
7.6 Frecuencia respiratoria alta.	Si		
7.7 FIO2 alta y baja.	Si		
7.8 Falla en el suministro de gases.	Si		
7.9 Falla en la alimentación eléctrica.	Si		
7.10 Batería baja.	Si		
7.11 Falla del ventilador.	Si		
7.12 Silencio de alarmas.	Si		
8. Batería recargable de respaldo con autonomía de mínimo una (1) hora	Si		1 hr 430mn

Stavirap



GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD



Acta de entrega de equipos biomédicos

Acta No.

Fecha:

20 De Julio de 2020

9. Requerimiento eléctrico 110 Vol +/- 10% /60 Hz con cable grado hospitalario

Accesorios y consumibles incluidos:

Un (1) brazo soporte para circuito de paciente (opcional).

Una (1) base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos dos ruedas.

Un (1) kit de mangueras para suministro de gases medicinales.

1 oxígeno - 1 aire.

5.3. Verificación de equipos y accesorios:

No.	Marca	Modelo	No. Serie	Partes / Accesorios incluidos en la oferta
1	SIRIUSMED	R50	035001861841	☒ Brazo soporte para circuito de paciente ☒ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas ☒ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales ☒ Cable de poder AC ☒ Circuito de ventilación 1 circuito ☒ Filtro antibacteriano 1 filtro
2	SIRIUSMED	R50	035001861863	☒ Brazo soporte para circuito de paciente ☒ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas ☒ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales ☒ Cable de poder AC ☒ Circuito de ventilación 1 circuito ☒ Filtro antibacteriano 1 filtro

5.4. Verificación de entrega de documentos

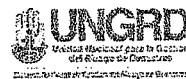
No.	Marca	Modelo	No. Serie	Documentos
1	SIRIUSMED	R50	035001861841	☒ Hoja de vida ☒ Copia Permiso Comercialización ☒ Cronograma mant. Preventivo ☐ Registro capacitación ☐ Registro instalación ☒ Manual/guia de instalación ☒ Copia de la Declaración de Importación ☒ Manual de operación/usuario ☒ Manual mantenimiento/servicio "Ingles" ☒ Diagrama de partes ☒ Guía rápida de funcionamiento ☒ Lista de chequeo para mto preventivo ☒ Guía de limpieza y desinfección ☒ Carta de garantía y contacto de serv. técnico
2	SIRIUSMED	R50	035001861863	☒ Hoja de vida ☒ Copia Permiso Comercialización ☒ Cronograma mant. Preventivo ☐ Registro capacitación ☐ Registro instalación ☒ Manual/guia de instalación ☒ Copia de la Declaración de Importación ☒ Manual de operación/usuario ☒ Manual mantenimiento/servicio "Ingles" ☒ Diagrama de partes ☒ Guía rápida de funcionamiento ☒ Lista de chequeo para mto preventivo ☒ Guía de limpieza y desinfección ☒ Carta de garantía y contacto de serv. técnico

De acuerdo a lo evidenciado y registrado en el acta se formaliza el proceso de verificación de transporte, entrega, instalación, puesta en funcionamiento y entrenamiento de cada uno de los equipos relacionados a La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Adicionalmente, se verificó el cumplimiento de todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas que hacen parte del concepto técnico emitido el () de () de (2020), sobre los ventiladores Marca: Siriusmed, Modelo: R50.



GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD



Acta de entrega de equipos biomédicos

Acta No.

Fecha:

20 De Julio de 2020

Nota: La totalidad de los equipos (2) dos, quedaron en custodia (instalados y puestos en funcionamiento) en las IPS que La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá indicó.

Observaciones:

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Delegado

Gerente IPS

Ingeniero Biomédico

Enka Anillos
C.C. 52 811 872

Ing. Biomédica Licker

Juan Velez
1077363571
ET SERVICES

Universidad Manuela Beltrán
Intevectoria

Boa An.
CC 13931571



INFORME DE CAPACITACIONES DE EQUIPOS BIOMEDICOS



UNGRD
Unidad Nacional para la Gestión
del Riesgo de Desastres
Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

OBJETO:

Verificar que el proveedor realizó las capacitaciones de forma presencial y/o virtual, al personal de mantenimiento de cada entidad receptora de acuerdo con la distribución definida por el MSPS.

ACTIVIDADES

Verificar el desarrollo de la actividad según las evidencias dadas por el proveedor (registro fotográfico y video) y previamente avalados por el departamento de Ingeniería Biomédica o quién diera su lugar en la IPS

PROVEEDOR

ET. SERVICES

SERIE

VG-10701029, VG-10702026
VG-10630040, VG-10603049
VG-10702026, VG-10629129
035001861841, 035001861863

EQUIPO

IPS

MARCA

SERVICIO

MODELO

CIUDAD

ACTIVIDAD REALIZADA

CAPACITACION AL PERSONAL ASISTENCIAL

CUMPLE

NO CUMPLE

OBSERVACIÓN

Lista de asistencia del personal capacitado

Registro fotográfico y de video de los equipos instalados

Acta de la capacitación realizada

CAPACITACION AL PERSONAL TECNICO

CUMPLE

NO CUMPLE

OBSERVACIÓN

Lista de asistencia del personal capacitado

Registro fotográfico y de video de los equipos instalados

Acta de la capacitación realizada

OBSERVACIONES

PROVEEDOR

IPS

INTERVENTOR

FECHA

25/07/2020

FECHA

FECHA

HORA

1:00

HORA

HORA

NOMBRE

Juan Velez

NOMBRE

Faka Pinillos

NOMBRE

Rocio And

FIRMA

Juan Velez

FIRMA

Faka Pinillos

FIRMA

Rocio And



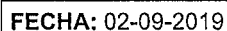
FECHA: 02-09-2019

Proceso a capacitar:	Manejo, uso y Cuidado Ventilado Siriusmed R50
Objetivo de la capacitación:	
Capacitador:	Joan Velez (E.T. Services / Quirurgical)

- Calidad de la información proporcionada y utilidad de los contenidos para la realidad laboral
- Calidad de las estrategias para transmitir el conocimiento (ejemplos, herramientas didácticas)

FECHA: DD 27 MM 07 AAAA 2020

[illegible]

[illegible]

OBJETO:	Verificar la entrega de los equipos en cada IPS según el cronograma dado por el proveedor, en cuanto a cantidad, accesorios y/o consumibles, siguiendo la distribución definida por el MSPS.				
ACTIVIDADES	Verificar que el número de equipos es el indicado por cada IPS. Verificar que el estado del equipo y sus accesorios sean nuevos según el Decreto 4725 de 2005. Verificar que las características técnicas del equipo son las indicadas en la oferta. Verificar que los accesorios sean los indicados en la oferta.				
PROVEEDOR	ET SERVICES		SERIE	VG-10701029, VG-10702026 VG-10630040, VG-10603049 VG-10702076, VG-10629129 0350018618A1, 035001861863	
EQUIPO		IPS			
MARCA		SERVICIO			
MODELO		CIUDAD			
ACTIVIDAD REALIZADA					
RECEPCION DE EQUIPOS				CUMPLE	NO CUMPLE
Acta de entrega del equipo					
HOJA DE VIDA				CUMPLE	NO CUMPLE
Formato diligenciado de hoja de vida (formato será suministrado por el MSPS)					
Copia del registro sanitario o permiso de comercialización					
Certificado de importación					
Cronograma de mantenimiento preventivo durante la vigencia de la garantía (El cual debe ser acorde a lo indicado por el fabricante)					
Registro de capacitación					
Registro de instalación					
Manual/guía de instalación					
Manual de operación/usuario					
Manual de mantenimiento/servicio					
Diagrama de partes					
Guía rápida de funcionamiento (que será ubicada en un lugar visible)					
Lista de chequeo para mantenimiento preventivo					
Guía de limpieza y desinfección					
Acta de conformidad del cronograma					
Documento con la garantía por cada equipo					
ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES				CUMPLE	NO CUMPLE
Lista de chequeo de accesorios y/o consumibles originales por tipo de equipo del producto terminado					
OBSERVACIONES					
_____ _____ _____ _____					
PROVEEDOR		IPS		INTERVENTOR	
FECHA	25/07/2020	FECHA		FECHA	
HORA	7:40 PM	HORA		HORA	
NOMBRE	Juan Velez	NOMBRE	Enzo Pinillos	NOMBRE	Rosario Arce
FIRMA	Juan Velez	FIRMA	(Firma)	FIRMA	(Firma)



INFORME DE INSTALACION Y PUESTA EN MARCHA DE EQUIPOS BIOMEDICOS



UNGRD
Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

OBJETO:

El proveedor debe instalar correctamente los equipos en el lugar y entidades seleccionadas por el MSPS, siguiendo el manual de usuario del fabricante, estos quedaron en pleno funcionamiento de acuerdo con los protocolos establecidos en los manuales de instalación del fabricante.

ACTIVIDADES

Verificar la instalación y puesta en marcha de los equipos realizada por el proveedor, de acuerdo con lo establecido por el fabricante.
Verificar que el personal que va a realizar el mantenimiento sea especializado y certificado ante el INVIMA. Verificar que la IPS cuenta con el número de equipos indicado por el MSPS prestando el servicio.

PROVEEDOR

ET SERVICES

SERIE

VG-10701029, VG-10702026
VG-10630040, VG-10603049
VG-10702046, VG-10629129
035001861811, 035001861863

EQUIPO

IPS

MARCA

SERVICIO

MODELO

CIUDAD

ACTIVIDAD REALIZADA

INSTALACION DE LOS EQUIPOS

CUMPLE

NO CUMPLE

OBSERVACIÓN

Registro fotográfico y de video del equipo instalado

Reporte de instalación

Reporte de la verificación de las mediciones de los equipos instalados

Acta de conformidad de la entidad receptora

PUESTA EN MARCHA

CUMPLE

NO CUMPLE

OBSERVACIÓN

Registro fotográfico y de video en donde se evidencie el pleno funcionamiento del equipo

Acta de conformidad de la entidad receptora

Informe de las actualizaciones de software según corresponda

OBSERVACIONES

PROVEEDOR

IPS

INTERVENTOR

FECHA

25/07/2020

FECHA

FECHA

HORA

1:00

HORA

HORA

NOMBRE

Suara Velazquez

NOMBRE

FACI Pinillos

NOMBRE

Rocio Arce

FIRMA

Suara Velazquez

FIRMA

FACI Pinillos

FIRMA

Rocio Arce



ET SERVICES S.A.S

INVIMA. CCAA 2017055209

NIT: 900346138-8

EMPRESA CONTRATANTE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
CONTRATO No. 162-2020	
EN MISIÓN DE: CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A	
CIUDAD/MUNICIPIO a Prestar el Servicio: BOGOTÁ	
FECHA DE AUTORIZACIÓN:	20/07/2020
FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:	domingo, 20 de diciembre de 2020
FECHA FINALIZACIÓN DE ACTIVIDADES:	martes, 20 de julio de 2021

EQUIPOS SUJETOS A MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2020					
ITEMS	EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIAL	MES
1	VENTILADOR MECANICO	SIRIUSMED	R50	035001861863	DICIEMBRE
2	VENTILADOR MECANICO	SIRIUSMED	R50	035001861841	DICIEMBRE

EQUIPOS SUJETOS A MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2021					
ITEMS	EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIAL	MES
1	VENTILADOR MECANICO	SIRIUSMED	R50	035001861863	JULIO
2	VENTILADOR MECANICO	SIRIUSMED	R50	035001861841	JULIO

EQUIPOS A CAPACITAR 2020					
ITEMS	EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIAL	MES
1	VENTILADOR MECANICO	SIRIUSMED	R50	035001861863	JULIO
2	VENTILADOR MECANICO	SIRIUSMED	R50	035001861841	JULIO



INGENIERO ANDRES CANO
FIRMA DE APROBACIÓN
ET SERVICES S.A.S.

FIRMA DE ACEPTACIÓN
SUPERVISOR DEL CONTRATO No.
162 DE 2020 MINISTERIO DE
SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FIRMA DE ACEPTACIÓN
CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A



COMPROBANTE DE SERVICIO TÉCNICO

Líneas Soporte
Sinelejo (Costa)
Oficina Sinelejo
Bogotá (Nacional)
Coordinación Bogotá

Cel. 317 640 6120
Tel. (5) 2498583
Cel. 311 639 0123
Tel. (1) 7802612
Cel. 315 571 6757

Fecha

21 ENERO 2011

Hora

16:00

PGID14-F01

N°. de Servicio

21209

Datos del Cliente (Clínica/Hospital/Consultorio independiente)

Ubicación del Equipo

Cliente	CLINICA OCCIDENTE	Cirugía	☐	Cons. externa	☐	Otra	☐
Dirección		UCI	☒	Imagen Diag.	☐	¿Cuál?	
Dependencia	UCI	NIT		Lab.	☐	Hospitaliz.	☐

Predictivo

Preventivo

X

Correctivo

Verificación

Horas de uso

90

EQUIPO

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO

MARCA

MODELO

SERIAL

VENTILADOR MECÁNICO	SIRIUMED	ESD	035001861 863
---------------------	----------	-----	---------------

FALLA REPORTADA

Accesorios del equipo

ACTIVIDADES REALIZADAS

Desarme del equipo	☐	Verificación de funcionamiento	☒	Ajuste mecánico	☐
Limpieza interna	☒	Verificación de accesorios	☒	Lubricación	☐
Limpieza externa	☒	Verificación de batería	☒	Verificación transductores	☒
Limpieza de tarjetas electrónicas	☒	Verificación. Pantalla, Táctil	☒	Verificación Panel	☒
Prueba de fugas	☒	Verificación de válvulas	☒		☐
Funcionamiento de partes	☒	Verificación de Botones, Encoder	☒	Estado Físico	☒ B ☒ R ☒ M

Ajuste de fábrica de los siguientes parámetros: ACTUALIZACIÓN V. SOFTWARE 601 1.02.09
BDO 1.01.15. CALIBRACIÓN MODO SERVICIO.

TOMA DE DATOS

Parámetro	Vt	Parámetro	PEEP	Parámetro	f	Parámetro	fio2
Unidad	ML	Unidad	CMH2O	Unidad	5pm	Unidad	%
Programado	Medido	Programado	Medido	Programado	Medido	Programado	Medido
400	400	20	9.5	20	29.8	80	76
Parámetro		Parámetro		Parámetro		Parámetro	
Unidad		Unidad		Unidad		Unidad	
Programado	Medido	Programado	Medido	Programado	Medido	Programado	Medido

¿Equipo dentro de los parámetros del fabricante?

Si

☐

No

☐

Analizador/Simulador

SIRIUMED 608

Serial

OBSERVACIONES

SE REALIZA CAMBIO SENSOR O2, RUTINA MTO PREVENTIVO

Equipo operativo

Si

☒

No

☐

¿Se retira equipo de la institución?

Si

☐

No

☒

Equipo fuera de servicio

Si

☐

No

☒

Tiempo estimado de entrega

FIRMAS

Firma Funcionario ET SERVICES S.A.S

Fernanda Rincón B

Recibido a Satisfacción

Nombres y Apellidos:

Mario Velaz

Nombres y Apellidos:

Fernanda Rincón B

N° de Documento

80764609

N° de Documento

1022427697



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte



Bogotá, Febrero 15 de 2.021

En mi nombre de Revisor Fiscal de la **CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.** NIT 860090566-1, y para dar cumplimiento a lo preceptuado en los Artículos 50 de la Ley 789 de 2.002 y 6 de la Ley 828 de 2.003.

CERTIFICO

1. Que he examinado los libros de contabilidad de la **Clínica del Occidente S.A.**, los cuales se encuentran llevados en debida forma de acuerdo con las normas legales sobre la materia.
2. Que los registros asentados en ellos se encuentran debidamente soportados con los documentos internos y externos que respaldan su registro.
3. Que al examen efectuado en relación con el cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social integrada y aportes parafiscales se pudo verificar que la administración ha dado cumplimiento a lo establecido en las leyes, durante el presente año en forma que se relacionan a continuación y se cancelaron según **Planillas No. 48113259.**

PERIODO	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS PROFESIONALES	APORTES FONDO DE PENSIONES	APORTES AL SENA, ICBF Y CAJA	FECHA DE PAGO
jul-20	83.129.100	28.346.800	270.364.000	68.977.200	11/08/2020
ago-20	72.100.000	28.241.100	251.294.200	63.087.800	11/09/2020
sep-20	77.853.000	30.901.200	271.749.700	69.703.700	14/10/2020
oct-20	78.476.300	29.831.500	271.206.700	69.093.800	18/11/2020
nov-20	79.660.200	30.483.700	268.786.200	70.063.800	15/12/2020
dic-20	86.307.700	31.782.100	291.819.300	73.985.700	14/01/2021
ene-21	90.193.300	32.551.300	297.514.000	79.105.000	12/02/2021

4. Que los registros anteriores se encuentran en los libros Diario, Mayor y Balance respectivamente.

ALBERTO RODRIGUEZ FRANCO

Revisor Fiscal

TP 56031 - T

C. C. 19.416.566 de Bogotá



Aumentar el contraste



UTC -5 14:48:14



FONDO FINANCIERO...

Buscar...

Procesos | Contratos | Proveedores | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000036 Ayuda ?

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOstrar DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOstrar DETALLES

1 Información general

Volver

Evaluar proveedor

Modificar



2 Condiciones

Identificación del contrato

3 Bienes y servicios

ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.1895654

4 Documentos del Proveedor

Versión del contrato 1

5 Documentos del contrato

Estado de contrato En ejecución

6 Información presupuestal

Fecha de generación del estado 16 días de tiempo transcurrido (6/10/2020 3:45:54 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

7 Ejecución del Contrato

Número del Contrato CO1.PCCNTR.1895654

8 Modificaciones del Contrato

Objeto del contrato El Fondo Financiero Distrital hace entrega real y material a CLÍNICA DEL OCCIDENTE a título de comodato o préstamo de uso, para su uso gratuito y con cargo a restituir los equipos biomédicos para el funcionamiento de las Unidades de Cuidado Intensivo, los cuales se mencionan a continuación

9 Incumplimientos

Tipo de Contrato Comodato

¿Asociado a otro contrato? ☐ Sí ☒ No

Duración del contrato 1 Años

Fecha de inicio de contrato 4 días de tiempo transcurrido (19/10/2020 1:24:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de terminación del contrato 18/10/2021 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Tiempo adiciones en días 0 días

Liquidación ☐ Sí ☒ No

Obligaciones Ambientales ☐ Sí ☒ No

Obligaciones pos consumo ☐ Sí ☒ No

Reversión ☐ Sí ☒ No

Información de la Entidad Estatal contratante



FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD..



0 Recomendación (es)



Información del Proveedor contratista

CDO

Número de documento 8600905661



Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
clínica del Occidente			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado *EDGAR* Fecha de 16/10/2020 4:48:09
por: *ENRIQUE* aprobación: PM (UTC-05:00)
SOLANO Bogotá, Lima, Quito

Aprobador – Entidad Estatal

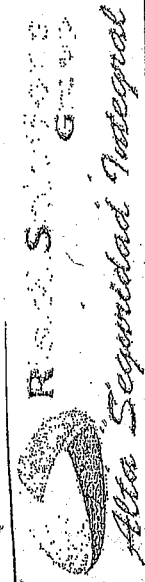
Aprobado *Alejandro* Fecha de 19/10/2020 1:23:07
por: *Gómez* aprobación: PM (UTC-05:00)
López Bogotá, Lima, Quito

Información del contrato

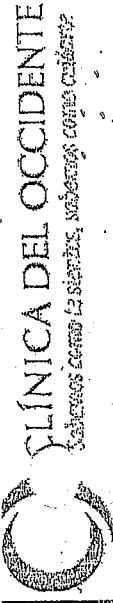
Tipo de proceso Contratación directa.
Unidad de contratación SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Proceso de Contratación FFDS-CD-2274-2020
Título de la oferta N/A
Cuantía del contrato 0 COP

[Volver](#)[Evaluar proveedor](#)[Modificar](#)

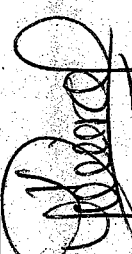
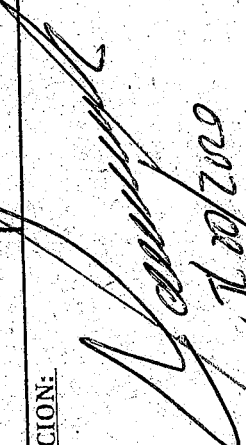
>



FORMATO DE INGRESO Y
SALIDA DE EQUIPOS
ELECTRONICOS



CLÍNICA DEL OCCIDENTE
Servicios desde la mañana, mañana como clínica

FECHA: 20 de Julio de 2020		SE LES RECUERDA QUE EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS AL INTERIOR DE LAS INSTALACIONES ES RESPONSABILIDAD DE SU PROPIETARIO. LA CLINICA DEL OCCIDENTE Y/O FUNCIONARIOS NO SE HARAN RESPONSABLES POR DAÑOS O PERDIDAS.	
NOMBRE: ET Services / Secretaria de Salud		HORA DE INGRESO: 2:00 pm.	
AREA:		HORA DE SALIDA:	
EQUIPO: Ventilador Siriusmed R50		SERIAL: 03500186288, 035001862098, 035001861863, 035001861830, 035001862125, 035001862115, 035001861870, 035001861841	
OBSERVACION: 8 ventiladores en calidad de comodato con, sensor flujo, manguera oxigeno, manguera aire, valvula Exhalatoria, membrana, valvula Exhalatoria, Cable de poder, Batena, cecidua, filtro de aire, 2 unidades fijas, Cto Ventilación, pieza en y, trampa de agua, humidificador, y compresor		ENTRADA:  BUCAR.	SALIDA:
		VIGILANTE DE SEGURIDAD RISK SOLUTIONS Gracia A Bando Supervisor	
CONTROL INTERNO: Lizeth Gualdrón C.		ADMINISTRACION:  J 20/2020	



NIT. 860.009.566-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CLINICAS Y HOSPITALES**

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL NORTE	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA NO. 15-03-101007377	ANEXO NO. 1
TOMADOR CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.		NIT 860.090.566-1		
DIRECCION AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 4254620	
ASEGURADO CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.		NIT 860.090.566-1		
DIRECCION AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 4254620	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 01 / 02 / 2021	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2021 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2022		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2021 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2022	
INTERMEDIARIO PROIS PROGRAMADORA DE SEGUROS LTDA		CLAVE 988199	% PARTICIPACION 100.00	COMPRAS COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 2,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 2,000,000,000.00		
DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES				

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****2,000,000,000.00	PRIMA	\$ *****250,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA	\$ *****47,500,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****297,500,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 7 80-28, TELÉFONO 2121808 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.00000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11002610347626 (3900) 000297500000 (96) 20210316

REFERENCIA
PAGO:
1100261034762-6

15-03-101007377

JOSE MORENO

CLIENTE

Fecha Firma: 01.11.2021 Hora: 15:00:00 D.C. Telefono: 2121808

TOMADOR



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.090.566-1

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

Ciudad de Expedición BOGOTA, D.C.	Sucursal NORTE	Tipo de Movimiento ANEXO DE RENOVACION	Poliza No. 15-03-101007377	Anexo No. 1
TOMADOR CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.		NIT 860.090.566-1		
DIRECCION AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT		
ASEGURADO CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.		NIT 860.090.566-1		
DIRECCION AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 01 / 02 / 2021		VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2021 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2022		
VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2021 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2022				
INTERMEDIARIO PROIS PROGRAMADORA DE SEGUROS LTDA		CLAVE 988199	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDA
CLIENTE		% PARTICIPACION		

INFORMACION DEL RIESGO

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER

Bancolombia

Pagos con convenio. No aplica para transferencias

Banco de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****2,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****250,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****47,500,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****297,500,000.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1086 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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

CARRERA 7 80-28, TELÉFONO 2121808 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.00000009E.RC.004A.0001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11002610347626 (3900) 000297500000 (96) 20210316

REFERENCIA
PAGO:
1100261034762-6

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.090.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA NO	ANEXO NO
NORTE		ANEXO DE RENOVACION		15-03-101007377	1
TOMADOR	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.			NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	4254620
ASEGURADO	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.			NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	4254620
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD
(CLNICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: CLINICA DEL OCCIDENTE NIT: 860.090.566-1
ASEGURADO: CLINICA DEL OCCIDENTE NIT: 860.090.566-1
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES

TIPO DE INSTITUCION: CLINICA

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI:
AV AMERICAS NO. 71C - 29 BOGOTA - COLOMBIA

NIVEL DE ATENCION: IV

NO. DE CAMAS: 203 - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

NO. DE AMBULANCIAS: CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SOLICITUD DEL SEGURO

RESERVAS \$4.749.617

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - PARA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERODO DE PRESCRIPCIN DE LA LEY COLOMEIANA (CDIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CDIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI

EN ADICIN A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

LIMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA PLIZA E INCLUIR LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCIN AL PAGO DE INDEMNIZACION.

RELACIN DE PROFESIONALES:

ANESTESIOLOGIA.....	26
BACTERIOLOGIA.....	15
CARDIOLOGIA CON INTERVENCION MENOR.....	9
CIRUJANO CARDIOVASCULAR.....	3
CIRUGA CABEZA Y CUELLO.....	1
CIRUGA MAXILOFACIAL.....	1
CIRUGA PEDITRICA NEONATAL.....	1
CIRUJANO PLASTICO RECONSTRUCTIVO.....	1
OPTOMETRIA.....	1
CIRUJANO GENERAL.....	33
DERMATOLOGIA.....	2
FISIATRIA.....	3
FISIOTERAPEUTA.....	11
FONOAUDIOLOGIA.....	4
GASTROENTEROLOGIA.....	5
GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA.....	13
HEMATOLOGO.....	2
INFECTOLOGO.....	2
MEDICINA INTERNA.....	44
MEDICINA OCUPACIONAL.....	1
MEDICINA GENERAL.....	83
NEFROLOGO.....	1
NEONATOLOGIA.....	1
NEUROCIRUJANO.....	1
NEUROLOGIA.....	2
MEDICINA NUCLEAR.....	1
ODONTOLOGIA.....	1
OFTALMOLOGIA.....	1
ONCOLOGO CLINICO.....	5
ORTOPEDIA.....	24
OTORRINOLARINGOLOGIA.....	1
PATOLOGIA.....	1
PEDIATRIA.....	8
PSICOLOGIA.....	1

SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-5

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SEGURO	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
NORTE	ANEXO DE RENOVACION	15-03-101007377	1
TOMADOR	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.....9
REUMATOLOGO.....2
TERAPIA RESPIRATORIA.....21
MEDICINA OCUPACIONAL.....6
UROLOGO.....10
URGENTOLOGO.....9
TOTAL TALENTO HUMANO EN SALUD.....366

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA PLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZAR HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRNEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCIN U OMISIN, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE EST VINCULADO BAJO RELACIN LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACIN DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA PLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACIN (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACIN EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA PLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA PLIZA, REDUCIR EN IGUAL PROPORCIN EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PRDIDA ECONMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACIN POR UN EVENTO AMPARADO POR LA PLIZA.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MDICOS: SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACIN O ADMINISTRACIN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISIN DIRECTA DE STE, ESTN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACIN DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMS EXCLUSIONES SEALADAS EN EL CAPTULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESN Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

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

A. LA PROPIEDAD, USO O POSESN DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA PLIZA.

B. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA PLIZA.

C. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERAR EN EXCESO DE LAS PLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODR SER INFERIOR A \$100.000.000.

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

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

1. GASTOS DE DEFENSA



SEGUROS
DEL ESTADO

NIT. 860.090.566-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SEGURO	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA NO	ANEXO NO
NORTE	ANEXO DE RENOVACION	15-03-101007377	1
TOMADOR	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	TELEFONO	4254620
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	NIT	860.090.566-1
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		TELEFONO	4254620
		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PLIZA.

SEGURESTADO RECONOCER COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE EN LA CARTULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE TICA MDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

AMPARO BASICO: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
GASTOS DE DEFENSA: POR EVENTO: HASTA \$15.000.000 POR VIGENCIA: HASTA 20% DEL LIMITE ASEGURADO

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMS AMPAROS: 15% DE LA PERDIDA - MINIMO \$15.000.000

PRIMA ANUAL
(INCLUIDO IVA): \$297.500.000

EXCLUSIONES:

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SER RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA PLIZA, LIMITE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
2. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
3. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
4. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.
5. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
6. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, TOXICAS O NARCOTICAS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL - INVIMA - Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTAN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION NICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGNITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO. QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I.- CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II.- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III.- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE VULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
12. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.



SEGUROS
DEL
ESTADO BOGOTÁ

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SEGURO	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
NORTE	ANEXO DE RENOVACION	15-03-101007377	1
TOMADOR	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

13. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIANTES MUTANTES.

14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

15. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERCEN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA PLIZA.

ESTA EXCLUSIVA NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

16. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA PLIZA.

17. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO STA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

18. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

19. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?

B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?

C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,

CASO EN EL CUAL SEGURESTADO, SIN QUE SE ENTienda COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BASICO, RESPALDAR AL ASEGURADO NUNCA EN LA EXTENSION DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA PLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

20. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACUTICOS.

21. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

22. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

23. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE XITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. AS, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALL DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

24. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE PLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

25. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

26. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

27. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.

28. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

29. FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLOGICOS, AS COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

30. ORGANISMOS PATOGENICOS.

31. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AREOS, TERRESTRES O ACUTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, AS COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.

32. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).

33. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

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

35. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRATICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIERA RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O

ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

36. RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

37. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I- GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BELLICAS (CON O SIN DECLARACION O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTIN, COMOCION CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARACTER DE O COMO CONSECUENCIA DE ASONADA, SUBLEVACION MILITAR, INSURRECCION, REBELION, REVOLUCION, CONSPIRACION, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO. CONFISCACION, REQUISICION, NACIONALIZACION O DETENCION POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGITIMO O USURPADO, DESTRUCCION DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXION CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACION CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESIN SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT: 860.090.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZANO		ANEXOS	
NORTE		ANEXO DE RENOVACION		15-03-101007377		1	
TOMADOR	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.			NIT	860.090.566-1		
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	4254620		
ASEGURADO	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.			NIT	860.090.566-1		
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	4254620		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0		

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPTO O COMISIN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, TNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.

38.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

39. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA

II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE TOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. AS COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, AS COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENGER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

40. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PUBLICOS SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.

41. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

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

43. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, AS COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS,

HUMEDAD, MOHO HUMIDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

44. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

45. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SBITO E IMPREVISTO.

46. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, AS COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO

47. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA PLIZA.

48. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). AS COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

49. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

50. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

51. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO

52. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA

LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGUROESTADO NO SER RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

a) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBER ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.

b) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y

c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

2. PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

3. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISSENTIMIENTO INFORMADO.

4. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITCORA DIARIA.

5. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.

6. RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

7. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

8. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

9. NO TIENEN COBERTURA BAJO STA PLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-5

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
NORTE	ANEXO DE RENOVACION	15-03-101007377	1
TOMADOR	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
		TELEFONO	4254620
ASEGURADO	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	NIT	860.090.566-1
DIRECCION	AV LAS AMERICAS NRO. 71 C - 29	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		TELEFONO	4254620
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

10. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSIN DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA PLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PRDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PRDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

11. SE EXCLUYEN RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SERVICIO DE ALQUILER DE QUIRUFANOS.

12. EXCLUSIN DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96

1. ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD.

2. COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:

A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:

I. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y

II. EL MODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES,

TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SLIDO, LIQUIDO O GASEOSO; O ENTRE ORGANISMOS.

AMBITO

TERRITORIAL: COLOMBIA

LEGISLACION

APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 DAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL CONTRATO DE VINCULACION DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, SI TRANSCURRIDO ESTE TIEMPO NO SE HA REPORTADO ALGUN PERSONAL DE SALUD EN LA POLIZA,

TODA LA ATENCION EN SALUD DONDE INTERVENGA EL DICHO PERSONAL DE LA SALUD NO TIENE COBERTURA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A.: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.