



Aseguradora Solidaria
de Colombia

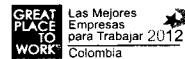
NIT 860.524.654-6

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

436048147-9

PÓLIZA No: 436 -88 -994000000007 ANEXO:1

Somos la Sexta Mejor Empresa
para Trabajar en Colombia



Categoría: Empresas con más de 500 empleados

Somos la Tercera Mejor Empresa
para Trabajar en América Latina



Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGE: 436 RAMO: 88 PAP:

DIA MES AÑO
25 07 2013

DIA MES AÑO HORAS
25 07 2013 23:59

DIA MES AÑO HORAS
25 07 2014 23:59

DIA MES AÑO
29 07 2013

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 14 NO. 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO
BARRIO OBRERO**

CIUDAD: **MOCOA, PUTUMAYO**

TELÉFONO: **4296057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 14 NO. 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO
BARRIO OBRERO**

CIUDAD: **MOCOA, PUTUMAYO**

TELÉFONO: **4296057**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **PUTUMAYO**

CIUDAD: **PUERTO ASIS**

DIRECCION: **CRA 19 # 10-10 B /ALLENDE**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		1,500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - M'ínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

RENOVACION VIGENCIA 2013 - 2014

TOMADOR: **E.S.E HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

ASEGURADO: **E.S.E HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

UBICACION:

PUERTO ASIS, PUTUMAYO, COLOMBIA

COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ ****60,329,828.00	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *9,655,172.00	TOTAL A PAGAR: \$ ****70,000,000.00
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
MAYRA ALEJANDRA EGAS RODRIGUEZ 6523 100.00

COASEGURO CÉDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000436048147

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

JCAICEDO 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA, EN FORMA PROPORCIONAL, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO Y OPERADOR DE LA INSTITUCION MEDICA CONOCIDA COMO EL HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ.

BASE DE COBERTURA

CLAIMS MADE: RC PROFESIONAL

OCURRENCIA: RC EXTRACONTRACTUAL

VIGENCIA:

DESDE: 26 DE JULIO 2013 A LAS 00:00 HORAS, HASTA: 26 DE JULIO 2014, A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.

LIMITES GEOGRAFICOS:

REPUBLICA DE COLOMBIA UNICAMENTE.

JURISDICCION Y LEY:

ESTE SEGURO SERA GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCION Y LEYES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA

BASE DE LA COBERTURA:

CLAIMS MADE: RC PROFESIONAL MEDICA.

OCURRENCIA: RC EXTRACONTRACTUAL.

PERIODO DE DESCUBRIMIENTO:

ACTOS PREVIOS: NINGUNO.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: 26 DE JULIO DE 2012.

RIESGO CUBIERTO:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DANO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCION O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISION, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

CUALQUIER DANO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCION O MUERTE CAUSADA A CUALQUIER PERSONA, O PERDIDA O DANO A LAS PROPIEDADES TANGIBLES DE ESTA EN CONEXION CON LAS OBLIGACIONES PROFESIONALES DEL ASEGURADO.

- RESPONSABILIDAD CIVIL DE EXPLOTACION GENERAL DE LA EMPRESA

SE ENTIENDE POR TAL LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS DANOS MATERIALES Y/O CORPORALES A TERCEROS QUE PUEDA OCASIONAR EL ASEGURADO, YA SEA POR ACTOS PROPIOS, O EL PERSONAL POR EL CUAL LEGALMENTE SEA RESPONSABLE EN EL DESEMPEÑO DE SU LABOR PROFESIONAL, O DE LA ENTIDAD POR LA CUAL LEGALMENTE SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO, O DE LOS OBJETOS QUE POSEAN PARA SU COMETIDO, INCLUSO POR INCENDIO O EXPLOSION, INCLUYENDO TODAS LAS ACTIVIDADES QUE RAZONABLEMENTE HACEN PARTE DEL GIRO DEL ASEGURADO Y QUE SON INHERENTES Y ESPECIFICAS A LAS FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL MISMO EN EL CURSO NORMAL DE SU NEGOCIO, SIEMPRE Y CUANDO TALES DANOS SE PRODUZCAN DENTRO DEL RECINTO Y PREDIOS DEL RIESGO CUBIERTO.

NOTA:

ESTA POLIZA SOLO PROVEE AMPARO BASICO PARA LA EXPOSICION DE PLO DE LA INSTITUCION ASEGURADA. SE RECOMIENDA OBTENER UNA POLIZA

ESPECIFICA PARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL. LOS INTERESADOS DESEAN MAS COBERTURAS Y AMPAROS ADICIONALES.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

SE ENTIENDE POR TAL LA OBLIGACION POR LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS DE MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

ESTA PROTECCION OPERA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, SOLO EN EXCESO DE LA RC PATRONAL LEGAL PROVISTA EN EL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO HASTA EL 2% DEL LIMITE ASEGURADO POR PERSONA / 10% DEL LIMITE ASEGURADO POR AÑO. EXCLUYE RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y DE ALTO COSTO.

RENOVACION DEL CONTRATO

=====

EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA POLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MEDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA POLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA POLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACION SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

LIMITE DE INDEMNIZACION:

=====

LIMITE UNICO Y COMBINADO.

LIMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.

COP\$1.500.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLES:

=====

RC NO PROFESIONAL:

=====

5% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON UN MINIMO DE COP\$5.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO.

RC PROFESIONAL MEDICA

=====

5% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON MINIMO DE COP\$5.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO, OPERANDO EN EXCESO DE (A) LAS PROPIAS POLIZAS PRIMARIAS DE LOS MEDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, O (B) DE COP\$25.000.000 TODA Y CADA PERDIDA, CUALQUIERA DE (A) O (B) QUE SEA LA SUMA MAYOR QUE APLIQUE.

INCENTIVO

=====

EN CASO DE QUE EL MEDICO O LA INSTITUCION QUE REALIZA EL ACTO MEDICO CAUSANTE DEL RECLAMO TENGA UNA POLIZA DE RC PROFESIONAL MEDICA VIGENTE, CON UN LIMITE DE INDEMNIZACION IGUAL O MAYOR A COP\$25.000.000, EXPEDIDA POR UNA COMPANIA DE SEGUROS RECONOCIDA COMO TAL POR LAS AUTORIDADES LOCALES, SOLO APLICARA EL DEDUCIBLE DEL 5% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON UN MINIMO DE COP\$5.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARA A CADA RECLAMACION PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZON DE SU PRESENTACION, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.

EL DEDUCIBLE APLICARA SOLO UNA VEZ EN CASO DEL MISMO RECLAMO AFECTAR VARIAS COBERTURAS.

EL DEDUCIBLE NO APLICARA A LOS BENEFICIOS ADICIONALES.

APLICACION DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

- NO APLICA

SI EL ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

- SI APLICA

SI EL ASEGURADO NO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
 ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- DEFINICION DE SINIESTRO: =====

TODO HECHO O ACTO U OMISION CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA POLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DANOS A LA SALUD O A LOS BIENES DE LA PERSONA.

- DEFINICION DE RECLAMO: =====

CUALQUIER NOTIFICACION ESCRITA, POR VIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACION EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCION Y/U OMISION DEL ASEGURADO EN LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR EL ASEGURADO / ASEGURADOR Y PRESENTADA AL ASEGURADOR / REASEGURADOR DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DEL SEGURO, O DENTRO DEL PERIODO DE EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ULTIMO APLICASE.

- AVISO DE RECLAMO =====

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACION A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACION DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.
 EL ASEGURADOR DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL REASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A SU RECIBO POR PARTE DEL ASEGURADO.

- PLURALIDAD DE RECLAMOS: =====

(A) LA INCLUSION DE MAS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACION DE RECLAMOS POR MAS DE UNA PERSONA U ORGANIZACION RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DANO, EN NINGUN CASO SERVIRAN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR CADA OCURRENCIA.

(B) DOS O MAS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISION, O DEL MISMO ACTO MEDICO O SERIE DE ELLOS, SERAN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERAN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(D) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARA PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTO EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTO POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SINTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

- COSTOS DEL PROCESO =====

EL ASEGURADOR RESPONDERA, ADEMAS, AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DEL CONTRATO DE SEGURO;
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VICTIMA EXCEDE LA SUMA QUE, CONFORME A LOS ARTICULOS PERTINENTES DE ESTE TITULO, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, ESTE SOLO RESPONDERA POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCION A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACION.

GASTOS DE DEFENSA: =====

100% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL

- A) EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERA POR HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.
- B) LOS GASTOS DE DEFENSA EN RELACION A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DANO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007**

ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

C) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERAN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR Y DEL REASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRAN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE EL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

D) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRAN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCION, NO PODRA EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCION INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

- DANOS EXTRA PATRIMONIALES:
 =====

50% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO/AGREGADO ANUAL.

(A) LOS DANOS EXTRA PATRIMONIALES EN RELACION AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DANO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DANO O LESION PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(B) LOS PAGOS POR DANOS EXTRA PATRIMONIALES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.

(C) EL PAGO POR TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

- LUCRO CESANTE: COP200.000.000 POR EVENTO / COP400.000.000 AGREGADO ANUAL.
 =====

DANOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN DANO FISICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

- REINSTALACION DEL LIMITE DE INDEMNIZACION
 =====

(A) REINSTALACIONES AUTOMATICAS DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECION DEL REASEGURADOR.

(B) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL REASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODRA SER MAYOR AL 150% DE LA ULTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

- EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) ANOS MAXIMO
 =====

(A) EL LIMITE DE INDEMNIZACION QUE ATENDERA A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERIODO DEL ENDOSO SERA LA SUMA EN VIGOR PARA LA ULTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.

(B) EL ENDOSO DEJARA DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LIMITE DE INDEMNIZACION O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERIODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.

(C) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO ESTA CONDICIONADO A LA NO RENOVACION O CANCELACION DE LA POLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACION POR NO PAGO DE PRIMA.

- SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL
 =====

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TERMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACION, LA COBERTURA DE ESTA POLIZA SE PODRA EXTENDER, AUTOMATICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERIODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERIODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACION POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TERMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIRA NI PODRA SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACION DE LA POLIZA. EL ASEGURADOR MANTENDRA VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LIMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO PARA LA ULTIMA VIGENCIA DE LA POLIZA, O SE AGOTE EL PERIODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL
 =====

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDRA EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLAUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERARA LA PERDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DARA EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERIODO MAXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MEDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERIODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA POLIZA.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIARA LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERA EL PERIODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRA PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHOS RECLAMOS.

EL LIMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO EN EL ULTIMO PERIODO DE LA POLIZA, ES EL MISMO QUE REGIRA PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERARA LA LIMITE DE INDEMNIZACION ACORDADO EN LA POLIZA.

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERA HACER LO SIGUIENTE:

- (A) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.
- (B) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS SIGUIENTES A LA FINALIZACION DE LA PRESENTE COBERTURA.
- (C) DETERMINAR EL TERMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSION, YA SEA POR UN PERIODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.
- (D) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERARA ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:

- " NO PODRA NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.
- " NO PODRA CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDARA LIBERADO DE SU OBLIGACION DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE Y QUEDARA LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

- " LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ULTIMA POLIZA NO RENOVADA.
- " SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZARA LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICION DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDERA LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA ULTIMA POLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

- (A) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%
- (B) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDRA VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LIMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO PARA LA ULTIMA VIGENCIA DE LA POLIZA, O SE AGOTE EL PERIODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- EXTENSION DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA
=====

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MEDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMEDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUI ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL REALIZADO POR ESCRITO.

ESTA POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MEDICOS (MEDICOS Y CIRUJANOS) EMPLEADOS, NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MEDICOS DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

4. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESION Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, CON LA CONDICION DE QUE DICHOS APARATOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).

5. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DANOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTEN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

COBERTURA EN EXCESO =====

ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS RESPECTIVAS POLIZAS DE RC PROFESIONAL PARA:

- (A) MEDICOS INDIVIDUALES QUE SE ENCUENTREN O NO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, ES DECIR, QUIENES SEAN MEDICOS EMPLEADOS, NO EMPLEADOS, ADSCRITOS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.
- (B) ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS DE PROPIEDAD O ESTEN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO O NO.
- (C) ADEMÁS, SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA POLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA POLIZA SERA CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LIMITE DE INDEMNIZACION DE LA(S) OTRA(S) POLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERA(N) SER CONSIDERADA(S) COMO POLIZA(S) PRIMARIA(S).

BENEFICIOS ADICIONALES =====

- GASTOS MEDICOS:
2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

- (A) ESTE AMPARO ADICIONAL COMPRENDE LA PROVISION DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS INMEDIATOS CAUSADOS POR SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ELLOS.
- (B) EL PAGO POR GASTOS MEDICOS PODRA REALIZARSE INDEPENDIENTEMENTE DE SI EXISTE O NO RESPONSABILIDAD LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- (C) EL PAGO DE GASTOS MEDICOS POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARA LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O ANTE TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.
- (D) LOS GASTOS MEDICOS SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.
- (E) NO SE CUBREN LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.

- CAUCIONES:
=====

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

- 1. SE CONCEDE ESTE SUBLIMITE EN RELACION AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DANO AMPARADO EN LA POLIZA.
- 2. LAS CAUCIONES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.
- 3. EL ASEGURADOR NO ESTARA OBLIGADO A EXPEDIR DICHAS CAUCIONES.
- 4. ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.

- ASISTENCIA EN FORO PENAL =====

- (A) EN CASO DE ACCION PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRA COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURIDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TECNICOS.
- (B) ESTA COLABORACION POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARA LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
ASEGURADO:	E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

(C) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECION ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ESTE PODRA DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACION.

(D) ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.

GENERALES

=====

" AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.

" EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y EL CODIGO CIVIL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

" MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

" REVOCACION DE LA POLIZA EN TREINTA (30) DIAS.

" TEXTO DE POLIZA A SEGUIR A SER ACORDADO ENTRE EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

SUJETO A:

(A) RECIBO DE COPIA COMPLETA DE LA POLIZA ORIGINAL REASEGURADA DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS SIGUIENTES AL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

(B) CONFIRMACION POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE RECLAMOS Y/O INCIDENTES CONOCIDOS Y/O REPORTADOS (INCLUYENDO PETICION Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS) O DE SITUACION ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA POLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR/REASEGURADOR PARA SU EVALUACION, ACONTECIDOS EN LOS ULTIMOS TRES (3) ANOS HASTA LA FECHA DE CONFIRMACION DE RESPALDO POR PARTE DEL REASEGURADOR.

EXCLUSIONES

=====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA:

=====

" "ACTOS MEDICOS" REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA, SALVO AQUELLOS DE CARACTER CIENTIFICO-EXPERIMENTAL

" CUANDO SU UTILIZACION REPRESENTA EL ULTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAIZ DE SU CONDICION,

" CUYA APLICACION HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y

" CUYA NATURALEZA Y CARACTER DE CIENTIFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL "PACIENTE" Y AVALADO CON LA FIRMA DE ESTE.

" ENSAYOS CLINICOS.

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.

" DANOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DANO FISICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

" DANOS POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENETICA O POR UN DEFECTO ANATOMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACION JUDICIAL, ESTA SERA UNA CONDICION PREVIA A LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.

" DANOS GENETICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.

" LA PROVOCACION INTENCIONAL DEL DANO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

" ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELION, INSURRECCION, SEDICION, MOTIN, CONFISCACION, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCION CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
 ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCION DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTETICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCION O LIPOESCULTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITURICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGIA BARIATRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE CON OBESIDAD MORBIDA O SUPER OBESIDAD Y CUYO ORIGEN NO SEA PURAMENTE DE TIPO ENDOCRINICO. DEBERA EXISTIR EL ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO MEDICO INTEGRAL RECIENTE - POR MAS DE 18 MESES SIN EXITO - SALVO OCASIONES CUYO RIESGO DE MUERTE JUSTIFIQUE EL NO HABER TENIDO TRATAMIENTO PREVIO Y CUANDO LA TECNICA UTILIZADA SEA:

" DERIVACION BILIOPANCREATICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL; O

" GASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE); O

" BY-PASS GASTRICO EN Y DE ROUX; O

" BANDA GASTRICA AJUSTABLE.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR DANOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACION DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICION Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPEUTICOS.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MEDICO.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA POLIZA.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISION SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUPRAGAR LOS COSTOS DE ATENCION MEDICA.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXEQUATUR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHICULOS TERRESTRES, AEROS Y/O ACUATICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRAN RECLAMOS UNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MEDICAS QUE CAUSEN DANOS FISICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.

" RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.

" TODAS LAS DEMAS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA POLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

" "ACTOS MEDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, EXCEPTUANDO ACTOS DEL BUEN SAMARITANO.

" "DANOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE AL PLANTEL DEL ASEGURADO.

" ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS.

" ASBESTOS, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA U ORIGEN.

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DEL LOCAL DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- " CUALQUIER ERROR EN LA INTERPRETACION O LECTURA ELECTROMAGNETICA DE DATOS.
- " CULPA GRAVE E INEXCUSABLE DE LA VICTIMA.
- " DANOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTUE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DANOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICION DE BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS.
- " DOLO O CULPA GRAVE EL ASEGURADO.
- " EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA; ASI COMO TAMBIEN LOS DANOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- " EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- " EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- " EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS.
- " GUERRA Y/O GUERRA CIVIL, TERRORISMO Y SABOTAJE.
- " HECHOS PRIVADOS O FAMILIARES.
- " HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- " LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELEFONO.
- " PERDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION CORPORAL O UN DANO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA POLIZA.
- " RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.
- " RECLAMACIONES EMERGENTES DE MULTAS O SANCIONES CON CARACTER PENAL O ADMINISTRATIVO COMO LOS DANOS PUNITIVOS Y/O EJEMPLARES.
- " RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- " RECLAMACIONES POR DANOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DEL TIPO VIH (SIDA) O HEPATITIS C, CUALQUIERA QUE FUESE SU CAUSA U ORIGEN.
- " RECLAMACIONES POR HECHOS OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, SI ESTA ULTIMA APLICASE.
- " RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL.
- " RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO QUE GARANTICE CUALQUIER RESULTADO.
- " RECLAMACIONES POR REEMBOLSO DE HONORARIOS.
- " RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA POLIZA.
- " RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.
- " RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS QUE SE LES CONCEDA EN COLOMBIA EL ESTADO DE EXEQUATUR.
- " RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y QUE SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DANOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O A BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. TAMBIEN INCLUYE HELIPUERTOS.
- " RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EXCEDENTE DE LA LEGAL.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
ASEGURADO:	E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, INCLUYENDO COMO PRODUCTOS LOS CULTIVOS BACTERIOLOGICOS, EXCEPTUANDO LA DERIVADA DEL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y/O BEBIDAS ASI COMO DE MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO, QUE SEAN NECESARIAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES Y QUE ESTEN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

" TODA RESPONSABILIDAD, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" TODAS LAS DEMAS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA POLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.

CLAUSULA DE COOPERACION Y MANEJO DE RECLAMOS

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICION EN CONTRARIO CONTENIDA EN LA POLIZA CORRESPONDIENTE, ES CONDICION PRECEDENTE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL O BAJO ESTA POLIZA QUE EL REASEGURADO REPORTE, SEGUN SE DISPONGA EN LAS CONDICIONES GENERALES, LOS RECLAMOS RECIBIDOS BAJO LAS SIGUIENTES CATEGORIAS INDEPENDIENTEMENTE DE LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO BAJO SU POLIZA DE SEGUROS O DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD BAJO ESTE CONTRATO:

1. MUERTE Y/O DANOS CORPORALES A MAS DE U.I.A PERSONA;
2. DANOS CORPORALES DEL SIGUIENTE TIPO:
 - (A) LESIONES CEREBRALES QUE AFECTEN FUNCIONES CORPORALES
 - (B) LESIONES A LA COLUMNA VERTEBRAL QUE RESULTEN EN PARALISIS TOTAL O PARCIAL DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.
 - (C) LESIONES QUE RESULTEN EN DESFIGURAMIENTOS.
 - (D) LESIONES POR AMPUTACIONES O PERDIDA PERMANENTE DEL USO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.
 - (E) LESIONES CORPORALES QUE PUEDAN RESULTAR EN PAGOS VITALICIOS.
 - (F) LESIONES QUE PROBABLEMENTE RESULTEN EN INCAPACIDAD PERMANENTE DEL 50% O MAS.
 - (G) LESIONES QUE PROBABLEMENTE EXCEDAN EL 50% DE LA PARTICIPACION DEL REASEGURADO.

CUANDO SEA REQUERIDO POR ESCRITO, EL REASEGURADO DEBERA PERMITIR AL REASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES LA OPORTUNIDAD DE ESTAR ASOCIADOS CON EL REASEGURADO, A COSTO DEL REASEGURADOR, EN LA DEFENSA Y AJUSTE DE CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA O PROCEDIMIENTO QUE ENVUELVA ESTE REASEGURO, Y EL REASEGURADO Y EL REASEGURADOR COOPERARAN EN CADA RESPECTO EN LA DEFENSA DE DICHO RECLAMO, SU DEMANDA O PROCEDIMIENTO. ESTE ACUERDO SOBRE RECLAMACIONES NO PERMITE NINGUN TIPO DE PAGOS GRATUITOS O EXGRATIA.

CLAUSULA DE JURISDICCION LOCAL

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICION EN CONTRARIO CONTENIDA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, QUEDA ACORDADO QUE LA INDEMNIDAD PREVISTA EN ESTE CONTRATO NO SE APLICARA A:

1. COMPENSACIONES POR DANOS RELACIONADOS CON FALLOS PRONUNCIADOS POR CUALQUIER ENTE DIFERENTE DE UN JUZGADO COMPETENTE CON JURISDICCION DENTRO DE LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA POLIZA.
2. COSTAS Y EXPENSAS DE LITIGIOS RECUPERADOS POR CUALQUIER DEMANDANTE ORIGINAL DE PARTE DEL REASEGURADO EN LOS QUE SE INCURRA DEBIDAMENTE Y NO SEAN RECUPERABLES EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA POLIZA.
3. LA INTENCION DE ESTA CLAUSULA ES QUE BAJO EL CONTRATO SOLO SE INDEMNICE AL REASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LAS PRACTICAS, CONDICIONES Y SENTENCIAS CONSUEUDINARIAS NORMALMENTE APLICADAS EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN EL CONTRATO.

CLAUSULA DE ARBITRAJE

SOLUCION DE DIFERENCIAS.

EN EL CASO DE ALGUNA DISPUTA, DESACUERDO, CONTROVERSIDA O RECLAMO QUE SURJA EN VIRTUD DE CUALQUIER OBLIGACION U OBLIGACION RECLAMADA O EN RELACION CON LA MISMA RESPECTO DE LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE CONTRATO, LA PARTE QUE TENGA LA INTENCION DE SOLUCIONAR LA DISPUTA, DESACUERDO, CONTROVERSIDA O RECLAMO DEBERA CURSAR A LA OTRA PARTE UNA NOTIFICACION EN LA QUE ESTABLEZCA CLARAMENTE LAS CUESTIONES EN CONFLICTO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007**

ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

PARA SOLUCIONAR LA CONTROVERSIAS PLANTEADA, PROVENGA ESTA DEL CONTRATO ARRIBA MENCIONADO O QUE SURJA CON RESPECTO A SU INTERPRETACION O VALIDEZ, YA SEA ANTES O DESPUES DE SU VENCIMIENTO, CON CARACTER PREVIO A CUALQUIER OTRA ACCION, LAS PARTES SE OBLIGAN, DURANTE QUINCE (15) DIAS, A REALIZAR SUS MAXIMOS ESFUERZOS PARA NEGOCIAR DE BUENA FE. SI LAS PARTES NO HUBIERAN RESUELTO LA DISPUTA DENTRO DE LOS 15 DIAS DE LA NOTIFICACION ORIGINAL DE LA CONTROVERSIAS, CUALQUIERA DE ELLAS PODRA SOMETER TAL CUESTION A ARBITRAJE DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS MAS ABAJO A FIN DE OBTENER UNA DECISION VINCULANTE RESPECTO DE LA MISMA.

ARBITRAJE.

=====

EL ARBITRAJE TENDRA COMIENZO EN UNA COMUNICACION ESCRITA QUE LO DEMANDE, FORMULADA POR UNA PARTE A LA OTRA, DENTRO DE UN RAZONABLE TIEMPO DESDE LA APARICION DE LA DISPUTA. SI MAS DE UN REASEGURADOR SE ENCONTRARA INVOLUCRADO EN LA DISPUTA, TODOS ELLOS SERAN CONSIDERADOS COMO UNA PARTE A LOS EFECTOS DE ESTA CLAUSULA, SIN QUE TAL ENTENDIMIENTO MODIFIQUE LA RESPONSABILIDAD PROPIA DE CADA REASEGURADOR, SEGUN ESTE CONTRATO.

LA RESOLUCION DE LA CONTROVERSIAS DEBERA SER RESUELTA EN FORMA AMISTOSA, CON ARREGLO A LAS DISPOSICIONES, PARA LOS AMIGABLES COMPONEDORES Y AL REGLAMENTO DEL TRIBUNAL ARBITRAL DE LA BOLSA DE COMERCIO DE CIUDAD DE BOGOTA, REPUBLICA DE COLOMBIA.

CADA PARTE DESIGNARA UN ARBITRO, DESIGNANDO EN ESTE ACTO, DE COMUN ACUERDO, COMO ARBITRO TERCERO, AL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL ARBITRAL DE LA BOLSA DE COMERCIO DE CIUDAD DE COLOMBIA, REPUBLICA DE COLOMBIA.

LOS ARBITROS DE LAS PARTES, DEBERAN SER EJECUTIVOS ACTIVOS O RETIRADOS DE COMPANIAS DE SEGUROS O REASEGUROS CON EXPERIENCIA E IDONEIDAD EN EL RAMO DE ESTE CONTRATO. NINGUNO DE LOS CITADOS DEBERA TENER INTERES PERSONAL EN EL RESULTADO DEL ARBITRAJE.

SI UNA DE LAS PARTES NO NOMBRA A SU ARBITRO DENTRO DE LAS TRES SEMANAS DESPUES DE HABER SIDO REQUERIDO POR ESCRITO POR LA OTRA PARTE, SERA DESIGNADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

EL ARBITRAJE TENDRA LUGAR EN LA CIUDAD DE BOGOTA, REPUBLICA DE COLOMBIA. CADA PARTE SOMETERA SU POSICION A LOS ARBITROS DENTRO DE LOS VEINTE (20) DIAS DE CONSTITUIDO EL TRIBUNAL ARBITRAL O DENTRO DEL MAYOR PLAZO QUE AL EFECTO FIJE EL MISMO. LOS ARBITROS NO ESTARAN OBLIGADOS A SEGUIR LAS FORMALIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O LAS REGLAS DE INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS UTILIZADAS EN TALES PROCEDIMIENTOS. EL TRIBUNAL ARBITRAL DICTARA SU FALLO TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO EL SIGUIENTE ORDEN DE PRELACION:

- " LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE CONTRATO Y LA BUENA FE;
- " LOS PRINCIPIOS DE REASEGURO Y LOS USOS Y COSTUMBRES UNIVERSALES;
- " SUBSIDIARIAMENTE, LA LEY, ANTE LA AUSENCIA DE UNA NORMA PARTICULAR PACTADA ESPECIFICAMENTE.

LA DECISION SERA TOMADA POR MAYORIA, Y SERA FIRME Y EJECUTABLE CONTRA AMBAS PARTES. EL LAUDO SE PRONUNCIARA TAMBIEN SOBRE EL PAGO DE LOS GASTOS Y COSTOS DEL ARBITRAJE. SOLO PODRA SER RECURRIDO POR NULIDAD EN CASO DE DOLO, ARBITRARIEDAD, ALEJAMIENTO EVIDENTE DEL REAL ESTADO DE COSAS SOMETIDO A SU CONSIDERACION, DE LOS HECHOS PROBADOS CON RELACION A LOS MISMOS, O DEL PROCEDIMIENTO PACTADO O DE LA LEY APLICABLE. LA DECISION ARBITRAL ES CONDICION PREVIA PARA CONCURRIR ANTE UN JUEZ.

CLAUSULA COMPROMISORIA

=====

TODA CONTROVERSIAS O DIFERENCIA RELATIVA A ESTE CONTRATO, SE RESOLVERA POR UN TRIBUNAL DE ARBITRAMIENTO, QUE SE SUJETARA A LAS REGLAS DEL ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ DE ARBITRAJE Y CONCILIACION QUE LAS PARTES DETERMINEN DE COMUN ACUERDO, EN VIRTUD DE LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:

- A) EL TRIBUNAL ESTARA INTEGRADO POR TRES ARBITROS.
- B) LOS ARBITROS SERAN DESIGNADOS POR LAS PARTES DE COMUN ACUERDO. EN CASO DE QUE NO FUERE POSIBLE, LOS ARBITROS SERAN DESIGNADOS POR EL ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ DE ARBITRAJE Y CONCILIACION ACORDADO DE COMUN ACUERDO ENTRE LAS PARTES.
- C) LA ORGANIZACION INTERNA DEL TRIBUNAL SE SUJETARA A LAS REGLAS PREVISTAS PARA EL EFECTO POR EL ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ DE CONCILIACION ESCOGIDO O DETERMINADO POR LAS PARTES.

GARANTIA DE PAGO DE PRIMAS:

=====

(A) LAS PRIMAS SERAN PAGADERAS A MAS TARDAR DENTRO DE LOS 30 DIAS CONSECUTIVOS AL INICIO DE LA VIGENCIA, PRIMAS A SER RECIBIDAS POR EL REASEGURADOR EN SUS OFICINAS.

(B) LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICION CAUSARA LA CANCELACION AUTOMATICA DE ESTE RESPALDO AL INICIO DE SU VIGENCIA.

CLIENTE