



**Clínica del  
Country**

Carrera 16 N° 82 - 57  
Conmutador: 530 04 70  
Fax Médico: 530 13 04  
Fax Administrativo: 530 0512  
Nit: 830.005.028-1  
[www.clinicadelcountry.com](http://www.clinicadelcountry.com)

**ADMINISTRADORA COUNTRY SAS 830.005.028-1**

**CERTIFICA QUE:**

La señora **CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ**, no ha tenido ni tiene vínculo laboral con **ADMINISTRADORA COUNTRY SAS**.

Esta constancia se expide en la ciudad de Bogotá, el **16 de noviembre de 2023**.

Cordialmente,

  
**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S**  
**NIT. 830.005.028-1**  
**YUBELIS REDONDO CASTRO**  
**Jefe de Gestión de Talento Humano**



**Clínica del  
Country**

Carrera 16 N° 82 - 57  
Conmutador: 530 04 70  
Fax Médico: 530 13 04  
Fax Administrativo: 530 0512  
Nit: 830.005.028-1  
www.clinicadelcountry.com

**ADMINISTRADORA COUNTRY SAS 830.005.028-1**

**CERTIFICA QUE:**

Para el período comprendido entre el 07 de enero de 2014 y el 14 de septiembre de 2020, dentro de la estructura organizacional para **ADMINISTRADORA COUNTRY SAS** no existían personas contratadas en el cargo de Terapista Respiratoria.

Esta constancia se expide en la ciudad de Bogotá, el **16 de noviembre de 2023**.

Cordialmente,

*Yubelis Redondo Castro*  
**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S**  
NIT. 830.005 028-1  
**GERENCIA DE PERSONAS**  
**YUBELIS REDONDO CASTRO**  
Jefe de Gestión de Talento Humano

Bogotá D.C., abril 2002.

Doctor:

**SANTIAGO HUERTAS BURAGLIA**

Presidente

**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.**

Operador **CLÍNICA DEL COUNTRY.**

E. S. M.

**REF. OFERTA DE SERVICIOS DE TERAPIA PARA LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL COUNTRY.**

Respetado Dr. Huertas:

De la manera más atenta me permito formularle la presente oferta de servicios para el manejo del área de TERAPIA, en la CLÍNICA DEL COUNTRY, servicios que serán prestados por la sociedad que gira bajo la denominación de TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA., de la cual soy su representante legal, en los términos y condiciones que a continuación señalo:

**PRIMERA: OBJETO:** El objeto de la presente oferta es la prestación de los servicios de TERAPIA en las modalidades de RESPIRATORIA; del LENGUAJE; OCUPACIONAL, FÍSICA Y REHABILITACIÓN CARDIACA a los pacientes hospitalizados de la CLÍNICA DEL COUNTRY. Dichos servicios serán prestados por personal profesional vinculado y/o adscrito a LA SOCIEDAD; por tanto, tales pacientes son de total y plena responsabilidad de LA SOCIEDAD. **PARAGRAFO PRIMERO:** Entre los profesionales miembros y/o adscritos de LA SOCIEDAD que presten los servicios ofertados y LA CLÍNICA, no existirá ningún tipo de vinculación laboral.

**SEGUNDA CONDICIONES DEL SERVICIO:** LA SOCIEDAD se obliga a prestar los servicios ofertados por intermedio de sus propios miembros y/o vinculados a ella, quienes deben ser Licenciados en TERAPIA, con títulos expedidos y/o certificados por las facultades de ciencias de la salud, aprobadas por el gobierno nacional. El servicio será de carácter permanente y continuo, para lo cual contará con los profesionales que de acuerdo con las necesidades del servicio se requieran en forma permanente, número que será determinado de común acuerdo entre LA SOCIEDAD y LA CLÍNICA, prevaleciendo en todo caso el criterio de LA CLÍNICA.

**TERCERA.- PRECIO Y FORMA DE PAGO:** LA CLÍNICA pagará a LA SOCIEDAD como precio por los procedimientos de terapia ofertados, los porcentajes indicados para cada uno de ellos en el anexo No 1. que hace parte integrante de esta oferta; dichos porcentajes, se aplicarán sobre la tarifa neta que haya pactado LA CLÍNICA con cada uno de sus clientes, sean estos corporativos o particulares. Se entiende por tarifa neta aquella que resulte de aplicar los descuentos que LA CLÍNICA haya otorgado a sus cliente. El pago se efectuará a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la cual LA CLÍNICA, haya recaudado las facturas correspondientes a los servicios prestados.

**CUARTA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA SOCIEDAD y DE LA CLÍNICA: A) DE LA SOCIEDAD :** 1) Entregar copia a LA CLÍNICA de la DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES, con constancia de radicación ante la Secretaría Distrital de Salud, cada vez que LA CLÍNICA se lo solicite. 2) Contar con los equipos necesarios para la prestación y realización de las diferentes terapias y el monitoreo del oxígeno, así como adquirir bajo cualquier título los equipos que LA CLÍNICA le indique y mantenerlos en perfectas condiciones de funcionamiento. Para este efecto, LA SOCIEDAD proveerá un listado con los equipos que son de su propiedad y/o los detenta para su uso bajo cualquier título, para verificación de LA CLÍNICA y deberá adquirir una póliza para protegerlos de los riesgos inherentes a dichos equipos, tales como hurto, daños, etc. LA CLÍNICA no se hace responsable de la seguridad de los equipos propios de LA SOCIEDAD. 3) Verificar que los servicios prestados se encuentren autorizados y no hagan parte de las exclusiones de los pacientes. 4) Anexar en forma oportuna los soportes de cada factura, exigidos en la ley y en los acuerdos particulares con cada Administradora de Planes de Beneficios en Salud. 5) Cargar directamente a través de la infraestructura de LA CLÍNICA los conceptos de facturación de cada paciente, teniendo en cuenta las tarifas acordadas con las Administradoras de Planes de Beneficios en Salud y las particulares de LA CLÍNICA, cuando sea el caso. Adicionalmente cargará a la factura de dichos pacientes los conceptos de Consumo de Oxígeno, Gas Carbógeno y Ventilación mecánica; Derechos de Uso de Ventilación mecánica y de Ventilación de Alta frecuencia. 6) Pagar oportunamente a sus empleados y colaboradores los salarios y prestaciones sociales y/o honorarios. LA CLÍNICA se reserva la facultad de solicitar, cuando lo considere necesario una póliza de salarios y prestaciones sociales. 7) Preservar el buen nombre de la institución. 9) Contar con un programa de garantía de la calidad el cual se trabajará en coordinación con el programa de Garantía de la Calidad de LA CLÍNICA. **B) LA CLÍNICA se compromete a:** 1) Realizar la facturación, radicación y recaudo de los servicios que preste LA SOCIEDAD. 2) Dar oportuna y correcta respuesta a las glosas que le formulen las Administradoras de Planes de Beneficios en Salud a las cuentas de LA SOCIEDAD, contando para este efecto con el apoyo y la colaboración de LA SOCIEDAD. 4) Entregar a LA SOCIEDAD en forma oportuna los recaudos de facturación. 5) Permitir a LA SOCIEDAD el uso de su infraestructura y equipos que sean necesarios para la prestación sus servicios, en especial la máquina de gases y el espirómetro. Los insumos y el mantenimiento de la máquina de gases serán pagados por LA CLÍNICA en un SETENTA POR CIENTO (70%) y por LA SOCIEDAD en un TREINTA POR CIENTO ( 30%). El mantenimiento del espirómetro será pagado en iguales condiciones a las que se acaban de citar. **PARAGRAFO PRIMERO:** Hace parte integrante de esta oferta el inventario general de los equipos que son de propiedad de LA SOCIEDAD y que serán usados en la prestación de sus servicios a los pacientes de LA CLÍNICA, el cual deberá ser suscrito por el funcionario que LA CLÍNICA designe y por el Representante Legal de LA SOCIEDAD, en él se describirá el estado de conservación y de funcionamiento en que se encuentra cada equipo. **PARAGRAFO SEGUNDO.** Es responsabilidad de LA SOCIEDAD la vigilancia, cuidado mantenimiento, reparación y reposición de los mismos.

**QUINTA.- PÓLIZAS: A) LA SOCIEDAD** tomará a su cargo una Póliza de responsabilidad civil profesional como mínimo por la suma de **SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS.** ( \$ 75.000.000.00), la cual permanecerá vigente mientras se encuentre vigente la presente oferta, dicha póliza no expirará por falta de pago en la prima ni revocada unilateralmente por la oferente y/o por cada uno (a) de los profesionales vinculados y/o adscritos a LA SOCIEDAD que presten los servicios bajo el amparo de la presente oferta, por un valor de **CINCUENTA MILLONES MILLONES DE PESOS ( \$ 50.000.000.00)**, bajo las misma condiciones indicadas.

5

**SEXTA: VERIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS PROPIOS DE LA CLÍNICA:** La verificación del funcionamiento de los equipos propios de **LA CLÍNICA** y que serán usados por **LA SOCIEDAD** y el oportuno aviso para repararlos será obligación de **LA SOCIEDAD**, la cual se cumplirá dando aviso escrito a la Jefe de Enfermería que se encuentre de turno en **LA CLÍNICA**; de no dar este aviso en forma oportuna, es decir inmediatamente se entere de la necesidad de reparación, el costo de ésta será por cuenta de **LA SOCIEDAD**. **LA SOCIEDAD** se compromete a dar a los equipos el mejor trato posible a fin de que por su parte, permanezcan en el mejor estado de funcionamiento. Si dichos equipos fueren dañados por culpa grave de los miembros y/o vinculados a **LA SOCIEDAD**, esta responderá por la reparación, y/o reposición respectiva. **PARAGRAFO PRIMERO: LA CLÍNICA** no tendrá culpa alguna por los daños que se causen a los pacientes por el incumplimiento de **LA SOCIEDAD** de lo dispuesto en esta cláusula.

**SEPTIMA.- LA SOCIEDAD** será responsable de la correcta y adecuada prestación de los servicios aquí ofertados, dentro de los límites enmarcados por la cláusula primera de esta oferta, en consecuencia en caso de reclamo de perjuicios que se originen por causa y con ocasión de tales servicios y que se enmarquen en los límites mencionados, serán asumidos por **LA SOCIEDAD**, obligándose a responder por los el pago de las sumas que deba pagar **LA CLÍNICA**, en caso de una condena judicial que se origine en daños a los pacientes en razón a los servicios prestados por **LA SOCIEDAD**; así mismo, reintegrará a **LA CLÍNICA** cualquier multa que le sea impuesta por las autoridades administrativas y que se origine en la prestación de los estos servicios.

**OCTAVA: CAUSALES DE TERMINACIÓN DE ESTA OFERTA:** Son causales de terminación de esta oferta además de las previstas en la ley, las siguientes de carácter especial: **A) Por parte de LA CLÍNICA:** 1) El incumplimiento por parte de **LA SOCIEDAD** de cualquiera de las cláusulas de esta oferta. 2) La negativa por parte de **LA SOCIEDAD** de prescindir de los servicios de cualquiera de los sus miembros y/o vinculados, cuando así se lo solicite **LA CLÍNICA**, la cual no estará obligada a expresar los motivos de dicha solicitud. Se entiende que la facultad que se reserva **LA CLÍNICA**, hace relación únicamente cuando los servicios sean prestados A sus pacientes. 3) La prestación por parte de **LA SOCIEDAD** de un servicio tardío o discontinuo, así como la disminución comprobada del número de atenciones imputable a una deficiente prestación del servicio. **B) Por parte de LA SOCIEDAD:** 1) El incumplimiento por parte de **LA CLÍNICA** de cualquiera de las cláusulas de esta oferta. Así mismo será causal de terminación de la presente oferta la disolución y liquidación de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.** Y/O la terminación del contrato de operación entre **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.** y el **PATRIMONIO AUTÓNOMO NUEVA CLÍNICA**.

**NOVENA: TRIBUNAL DE ARBITRAJE:** Las Diferencias que se susciten por ocasión del presente contrato serán dirimidas por un Tribunal de Arbitraje, el cual decidirá en Derecho y será designado por la Cámara de Comercio de Bogotá. El Tribunal se conformará y funcionará bajo las normas del centro de arbitraje y conciliación mercantiles de dicha cámara. Serán direcciones para la notificación las que figuren en el respectivo certificado de existencia y representación legal de las partes al momento de presentarse el conflicto.

**DÉCIMA:** Anualmente las partes procederán a realizar un análisis de las tarifas de los precios de la presente oferta, teniendo en cuenta de común acuerdo, las conveniencias generales, las necesidades del servicio y la situación económica del país.

**DÉCIMA PRIEMERA:** **LA CLÍNICA** se reserva el derecho de aprobar el ingreso de nuevos miembros y /o vinculados a **LA SOCIEDAD**, así como de postular el nombre de nuevos miembros y/o vinculadas, siendo en todo caso su decisión de obligatorio cumplimiento por parte de **LA SOCIEDAD**; para la improbación o rechazo, no hay necesidad u obligación de motivar la decisión. **LA CLÍNICA** ejercerá auditoría médica sobre la prestación de los

servicios ofertados y ejercidos por los miembros y/o vinculados a **LA SOCIEDAD**.

**DÉCIMA PRIMERA:** Cualquiera de las partes podrá dar por terminado la presente oferta mediante escrito enviado con treinta (30) calendario días de antelación a la fecha en la que se pretenda darla por terminada, sin que por tal razón se genere indemnización alguna.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El representante legal de **LA SOCIEDAD** será el encargado de las comunicaciones entre **LA SOCIEDAD Y LA CLÍNICA**.

**DÉCIMA.TERCERA:** El término de la presente oferta es indefinido, pero podrá darse por terminado en cualquier momento como se indicó en la cláusula anterior.

**DÉCIMA CUARTA:** Las normas del servicio debidamente aprobadas por las partes harán parte de esta oferta. **DÉCIMA QUINTA:** La presente oferta se iniciará una vez sea aceptada por la Presidencia de **LA CLÍNICA** y regula integralmente las relaciones comerciales entre las partes, por lo tanto se entiende sustituidos totalmente los pactos verbales que existían entre las partes.

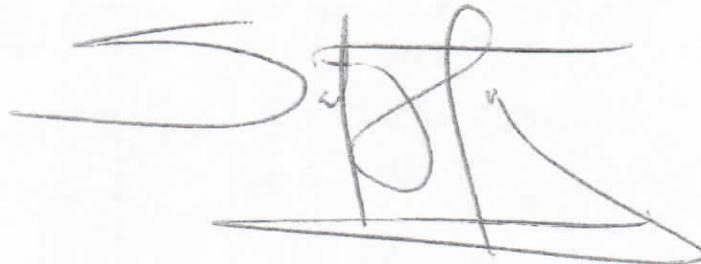
Espero que los términos mencionados sean aceptados por **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.**; sin otro particular, reciba un cordial saludo,

*Maria Helena Martinez C.*  
**MARIA HELENA MARTINEZ.**

**TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA.**

Anexo: Certificado de existencia y representación legal. Declaración de cumplimiento de requisitos esenciales. Cuadro de porcentajes. Listado de equipos de la sociedad.

*Aceptado: Abril 2002.*

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA Y ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

Entre los suscritos a saber, de una parte **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.** – Operador de **CLÍNICA DEL COUNTRY**, con NIT. 830.005.028-1, representada por **IRMA DONOSO SÁNCHEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.018.406.860, en adelante simplemente **LA CLINICA** y **TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA**, con NIT. 800026296-8 representada por su Gerente **MARIA HELENA MARTINEZ GARCIA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 39.774.509, en adelante **EL CONTRATISTA**, facultados para celebrar el presente contrato, el cual se regirá por las cláusulas que a continuación se indican y en lo no previstos en ellas por las normas de derecho privado que le sean aplicables:

### **CONSIDERACIONES**

- 1.** Que **LA CLINICA** es una sociedad dedicada a la prestación de servicios de salud humana y complementaria.
- 2.** Que **EL CONTRATISTA** es una sociedad dedicada a la prestación de servicios de salud en el área de terapias respiratorias, ocupacional de lenguaje, fisioterapia, rehabilitación cardiaca y pulmonar.
- 3.** Que las Partes acordaron la ejecución de los servicios descritos en el presente Contrato, a partir del mes de abril de 2002, y a la fecha continúan ejecutando las actividades propias de la prestación de servicios.
- 4.** Que en el mes de abril de 2005, las partes suscribieron un otrosí, para modificar las condiciones del servicio.
- 5.** Que en la actualidad, las partes continúan ejecutando los derechos y obligaciones acordados por estas, y buscan actualizar las cláusulas del acuerdo contractual que las une, para que sea acorde con los lineamientos y políticas empresariales de cada una de ellas.
- 6.** Que las partes declaran que las tarifas acá indicadas, son las acordadas para la vigencia del presente Contrato.
- 7.** Que en virtud de lo anterior, las partes acuerdan suscribir el presente Contrato, conforme a las siguientes:



## CLÁUSULAS

**PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA**, de manera independiente y con plena autonomía técnica y administrativa, en los términos previstos en el presente contrato, se obliga para con **LA CLÍNICA** a la prestación de los servicios de terapia, en las modalidades de: (i) Respiratoria; (ii) del lenguaje; (iii) Ocupacional; (iv) Física y rehabilitación cardíaca, que sea necesario para la atención de los pacientes intrahospitalarios, ambulatorios, SOAT y de urgencias de **LA CLÍNICA**, que requieran los servicios.

**PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** llevará un registro actualizado diariamente en el Kardex de Terapia en el que se evidencien los datos personales de los pacientes y los procedimientos realizados, el cual podrá ser verificado y auditado por **LA CLINICA**, en cualquier momento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA** ejecutará los servicios objeto del Contrato, mediante turnos de terapeutas, prestados por el personal de este, compuesto por terapeutas, quienes deberán estar capacitados, calificados y certificados.

**PARÁGRAFO TERCERO:** El servicio será prestado en las instalaciones de **LA CLINICA** que le sean indicadas a **EL CONTRATISTA**, pero en todo momento dicho personal estará bajo responsabilidad y dirección de este último, que cuenta con total autonomía técnica y administrativa para el cumplimiento de las actividades contratadas.

**PARÁGRAFO CUARTO:** La prestación de los servicios deberá garantizar el acompañamiento permanente a los pacientes, en los tiempos que sean requeridos e indicados por **LA CLINICA** y conforme a la orden emitida por el médico tratante, que deberá guardar relación con las condiciones de los planes de salud del respectivo paciente. Así mismo, el personal de **EL CONTRATISTA** deberá dar cumplimiento a las demás condiciones indicadas por **LA CLINICA** para la prestación del servicio.

En caso de ser prestado el servicio de manera particular a un paciente, se entenderá que solamente deberá cumplir con la aceptación de los compromisos de pago y demás trámites requeridos para los pacientes de esta naturaleza por parte de **LA CLINICA**.

**SEGUNDA. SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En desarrollo del presente contrato, **EL CONTRATISTA** se obliga a la ejecución oportuna de las siguientes actividades: 1) El personal encargado de prestar el servicio deberá cumplir en forma estricta con los requisitos fijados por **LA CLINICA**. 2) El personal deberá presentarse a cumplir con los turnos debidamente identificados y conforme a los protocolos exigidos para la atención en las sedes de **LA CLÍNICA**. 3) **EL CONTRATISTA** se obliga a prestar los servicios ofertados por medio de su propio personal, quienes deben ser licenciados en terapia, con títulos expedidos y/o certificados por las facultades de ciencias de la salud aprobadas por el Gobierno Nacional. 4) El servicio será prestado de manera permanente y continua, respecto a su disponibilidad para la atención, para lo cual debe contar con los profesionales que el servicio requiera y conforme a los requisitos indicados por **LA CLINICA** para el cumplimiento de las actividades pactadas. 5) Cumplir con los estándares de habilitación que le correspondan en relación con el servicio de terapia, así como con la normatividad vigente y que a futuro se profiera sobre cualquier asunto que tenga relación directa con la ejecución del presente contrato. 6) Contar con los equipos necesarios para la prestación y realización de las diferentes terapias y el monitoreo del oxígeno, así como adquirir bajo cualquier título los equipos que **LA CLINICA** le indique y mantenerlos en perfectas condiciones



de funcionamiento. Para este efecto, **EL CONTRATISTA** proveerá un listado con los equipos que son de su propiedad y/o los que detenta para su uso bajo cualquier título, para verificación de **LA CLINICA**, y deberá adquirir una póliza para protegerlos de riesgos inherentes a dichos equipos tales como hurto, daños y los demás que pueda requerir **LA CLINICA**. **LA CLINICA** no se hace responsable de la seguridad de los equipos propios del **CONTRATISTA**. 7) Verificar que los servicios prestados se encuentren autorizados y no hagan parte de las exclusiones de los planes de salud de cada paciente, previo a la prestación de los servicios, y en caso de omitir el cumplimiento de esta obligación y encontrarse el paciente bajo una exclusión, el valor de esta prestación de servicios deberá ser asumido por **EL CONTRATISTA** bajo su propio costo. 8) Anexar en forma oportuna los soportes de cada factura exigidos en la ley y en los acuerdos particulares con las aseguradoras. 9) Cargar directamente a través de la infraestructura y plataformas establecidas por **LA CLINICA**, los conceptos de facturación de cada paciente, teniendo en cuenta las tarifas acordadas con las aseguradoras y los particulares de **LA CLINICA** cuando sea el caso. Adicionalmente, deberá cargar en la factura de dichos pacientes los conceptos de consumo de Oxígeno, Gas Carbógeno y ventilación mecánica; derechos de uso de ventilación mecánica y de ventilación de alta frecuencia. 10) Pagar oportunamente a sus colaboradores salarios y prestaciones sociales. 11) Preservar el buen nombre de **LA CLINICA**. 12) Contar con un programa de Garantía de Calidad que se trabajará en coordinación con el programa de calidad de **LA CLINICA**. **EL CONTRATISTA** deberá acatar las recomendaciones que se emitan en las auditorias que **LA CLINICA** efectúe, en el tiempo que se determine y deberá responder los requerimientos que el área de calidad u otra área de **LA CLINICA** le formule, dentro del término que se le otorgue. 13) **EL CONTRATISTA** se obliga a planear y llevar a cabo un programa de educación continuada al personal que asegure la actualización y motivación en la presentación del servicio. Este programa debe ser notificado trimestralmente al supervisor técnico del contrato. 14) **EL CONTRATISTA** se compromete a llevar a cabo reuniones trimestrales o cada vez que se estime necesario, para asegurar adecuadas condiciones de desempeño del personal auxiliar de Terapia.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** **EL CONTRATISTA** se obliga de manera especial a cumplir con los requisitos de habilitación de que tratan el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014 y las normas que los modifiquen o sustituyan, así como con los demás requisitos que exijan las distintas autoridades competentes sobre la materia; de igual forma **EL CONTRATISTA** entregará a **LA CLINICA** la certificación de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS), expedida por la Secretaria Distrital de Salud, anualmente, y cada vez que **LA CLINICA** se lo solicite, y así mismo reportará de manera inmediata todas las novedades que se presenten.

**TERCERA. OBLIGACIONES DE LA CLINICA:** En desarrollo del presente contrato, **LA CLINICA** se obliga a efectuar los pagos a que se compromete, de conformidad con lo indicado en el presente Contrato, y a cooperar con **EL CONTRATISTA** en lo que esté a su alcance y dentro de sus competencias, para que éste cumpla con las obligaciones a su cargo, para la debida ejecución del objeto del Contrato.

**CUARTA. DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente Contrato tendrá una duración de un (1) año, contado a partir de la fecha de la firma. Cumplido este término, el presente contrato podrá ser prorrogado por anualidades sucesivas, lo cual deberá quedar consignado en el otro sí correspondiente. En caso de no suscribirse el otrosí modificatorio



correspondiente, se entenderá que el Contrato finalizará en la fecha inicialmente establecida.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** No obstante la duración pactada, **LA CLINICA** podrá darlo por terminado en cualquier momento, avisando a **EL CONTRATISTA** con treinta (30) días de anticipación, su intención de no continuar con la ejecución del contrato, lo cual no dará lugar a indemnización de ninguna naturaleza en favor del **CONTRATISTA**. La **CLÍNICA** solamente estará obligada a pagar el valor de los servicios efectivamente prestados a la fecha de terminación del Contrato.

**QUINTA. VALOR:** **LA CLINICA** pagará a **EL CONTRATISTA** por la prestación de los servicios en la forma que se describe a continuación:

1. Por TERAPIAS RESPIRATORIAS FISICA, OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGIA: El sesenta y uno punto cinco por ciento (61.5%) de las tarifas netas que haya pactado **LA CLINICA** con cada uno de sus clientes sean aseguradoras o particulares atendidos. Así como también para la instalación y monitoreo de oxígeno.
2. Por SESIONES DE REHABILTACIÓN CARDIACA: El setenta y cinco por ciento (75%) de las tarifas netas que haya pactado **LA CLINICA** con cada uno de sus clientes sean aseguradoras o particulares atendidos.
3. Por **ESPIROMETRIAS**: El treinta y dos punto cinco por ciento (32.5%) de las tarifas netas que haya pactado **LA CLINICA** con cada uno de sus clientes sean aseguradoras o particulares atendidos.
4. Por GASES ARTERIALES: El quince por ciento (15%) de las tarifas netas que haya pactado **LA CLINICA**, con cada uno de sus clientes sean aseguradoras o particulares atendidos a partir del 1 de agosto de 2019.
5. Así mismo, **EL CONTRATISTA** asumirá el cien por ciento (100%) del mantenimiento y reparación del espirómetro (equipo único de propiedad del **CONTRATISTA**). Los valores que se generen por el mantenimiento y reparación de las maquinas mencionadas y que deban ser asumidos por **EL CONTRATISTA**, se descontarán de los valores a pagarse por parte de **LA CLINICA**.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Al valor del presente contrato, se le aplicaran los descuentos previstos en las normas tributarias vigentes.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** En caso de prórroga del contrato, los precios pactados serán revisados y negociados de común acuerdo entre las partes, ello sin que supere el IPC decretado por el Gobierno Nacional para el año inmediatamente anterior.

**PARÁGRAFO TERCERO.** **LA CLINICA** pagará a **EL CONTRATISTA** como contraprestación por los servicios de terapia ofertados, los porcentajes estipulados en la cláusula quinta del contrato, dichos porcentajes se aplicarán sobre la tarifa neta que haya pactado **LA CLINICA** con cada uno de sus clientes, sean aseguradoras o particulares. Se entenderá que la tarifa neta es aquella que resulte una vez aplicados los descuentos que **LA CLINICA** haya otorgado a sus clientes.



**SEXTA. FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO:** El pago se efectuará a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en la cual **LA CLINICA**, haya realizado el recaudo de las facturas correspondientes a los servicios prestados.

**EL CONTRATISTA** acepta la deducción por descuentos financieros por pronto pago que otorga **LA CLINICA** a sus clientes y no podrá exigir el reintegro de valores que por cualquier motivo no puedan ser recaudados.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Junto con la factura, **EL CONTRATISTA** deberá presentar copia de la planilla de pagos a la seguridad social integral, sin la presentación de este requisito no se hará el pago.

**SÉPTIMA:** El personal de **EL CONTRATISTA**, se compromete a cumplir con las políticas y normas establecidas por **LA CLINICA** y además a cumplir con las políticas y normas establecidas por **EL CONTRATISTA**, para la prestación de los turnos establecidos por **EL CONTRATISTA** y aprobados por **LA CLINICA**, que hace parte integral de este contrato.

**OCTAVA: SUPERVISOR:** La **CLÍNICA** designa como supervisor técnico al Jefe de Hospitalización y como supervisor administrativo a la Subgerente de Vinculación de **LA CLINICA**, para el seguimiento y desarrollo del presente Contrato, con el fin de que supervise y audite la ejecución del servicio profesional prestado, así como sus facturas, y formule las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con **EL CONTRATISTA** y se efectúe por parte de éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar, según lo determinado por **LA CLINICA**. Las decisiones adoptadas para el mejoramiento del servicio, deberán constar en actas suscritas por el supervisor administrativo y **EL CONTRATISTA** y serán obligatorias para éste último

**NOVENA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El presente Contrato podrá darse por terminado por: 1) por mutuo acuerdo entre las partes, 2) en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del presente Contrato, por cualquiera de las partes y sin perjuicio de realizar reclamación por indemnización de perjuicios 3) por solicitud de la **CLINICA**, en los términos indicados en la cláusula cuarta, 4) por vencimiento del término de duración, 5) por la terminación del Contrato de operación entre la **CLINICA** y el patrimonio autónomo denominado "Nueva **CLÍNICA**", 6) Por extinción de la persona jurídica de la **CLÍNICA** o de **EL CONTRATISTA**, o su inclusión dentro de procesos de liquidación judicial, voluntaria o reorganización que se encuentran en la ley 1116 de 2006 "Régimen de insolvencia empresarial", sin que esto genere ningún tipo de indemnización de perjuicios en favor de la otra parte. 7) Por las demás causales contenidas en el presente Contrato.

**DÉCIMA. AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA:** **EL CONTRATISTA** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía e independencia, tanto científica, técnica, administrativa y financiera y sus empleados, subcontratistas o cualquiera persona que emplee para el cumplimiento de las obligaciones contraídas en este Contrato, no estarán sometidos a subordinación laboral con la **CLÍNICA**, y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del presente Contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de la **CLÍNICA** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio y objeto del Contrato, de igual forma sus obligaciones se contraen a la prestación de los servicios objeto del Contrato y las demás indicadas en el mismo.



**PARÁGRAFO PRIMERO:** En razón a dicha autonomía, **EL CONTRATISTA** deberá mantener a **LA CLÍNICA**, y a sus representantes, indemnes y libres de todo reclamo, demanda, litigio o acción legal, de cualquier índole que entablen o puedan entablar terceros contra **LA CLÍNICA**, por causa de acciones u omisiones en que incurra **EL CONTRATISTA** y su personal, en ejecución del presente contrato. **LA CLÍNICA** determinará la mejor vía judicial (acción de repetición, llamamiento en garantía u otro), en el evento de que sea llamada u obligada a responder ante terceros por daños o perjuicios causados por **EL CONTRATISTA**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En los eventos en que se presente alguna reclamación, ante **LA CLÍNICA**, por parte de pacientes, autoridades de control y vigilancia, solicitudes ante centros de conciliación o procesos judiciales, **EL CONTRATISTA** deberá responder el requerimiento en el término señalado por la **CLÍNICA** y concurrir a las reuniones que convoque la **CLÍNICA** para el análisis del caso, cuando haya lugar.

**DÉCIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:** Queda claramente entendido que no existirá vínculo o relación laboral alguna entre la **CLÍNICA** y el **CONTRATISTA**, o el personal que éste último utilice en la ejecución del objeto del presente Contrato. La relación será eminentemente comercial y por lo tanto estará regida por las normas consagradas en las legislaciones civil y comercial y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de actos. Es entendido que los salarios, prestaciones sociales y cualquier otra erogación laboral respecto del personal que disponga **EL CONTRATISTA** para la ejecución de los servicios, serán a cargo y responsabilidad del mismo. Igual manifestación se hace respecto del personal que disponga **LA CLÍNICA**, cuyos salarios y prestaciones sociales estarán a cargo de esta última.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** No obstante lo anterior, si el personal contratado por **EL CONTRATISTA** no satisface las condiciones establecidas por **LA CLÍNICA**, ésta podrá solicitar el cambio de personal; solicitud que deberá ser atendida por **EL CONTRATISTA** de manera inmediata. Los costos que por esta solicitud se generen, serán asumidos directamente por **EL CONTRATISTA**. Todo personal de **EL CONTRATISTA** deberá identificarse cuando se encuentre dentro de las instalaciones de la **CLÍNICA**, en la forma y medio que ésta le indique.

**DÉCIMA SEGUNDA.-PROHIBICIÓN DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL:** Considerando el alto valor del recurso humano de la **CLÍNICA** y la confidencialidad de la información que manejan, a **EL CONTRATISTA** se le prohíbe expresamente contratar al personal de **LA CLÍNICA**, cualquiera sea el tipo de vinculación con ésta, durante la vigencia del presente Contrato y cualquiera de sus prórrogas y dos años más contados a partir de la terminación del Contrato;

En caso que **EL CONTRATISTA** incumpla esta obligación, pagará a **LA CLÍNICA**, a título de sanción, un monto equivalente al 40% del salario u honorarios del empleado o contratista por un año. Esta suma podrá descontarse de cualquier valor que la **CLÍNICA** adeude a **EL CONTRATISTA**, sin requerimiento previo y sin perjuicio del cobro de las demás sanciones establecidas en el Contrato.

**DÉCIMA TERCERA.- GARANTÍAS: EL CONTRATISTA** a su costo, constituirá a favor de la **CLÍNICA**, las siguientes pólizas de seguros en una aseguradora debidamente establecida y autorizada para funcionar en Colombia.

**13.1** Póliza de Cumplimiento de las Obligaciones: Por una suma equivalente al veinte



por ciento (20%) del valor estimado del Contrato, la cual permanecerá vigente durante el término de duración del mismo y treinta (30) días más.

**13.2** Póliza de salarios y prestaciones sociales para garantizar el pago de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y demás acreencias laborales del personal que emplea para la ejecución de este Contrato y que vaya a prestar sus servicios en las instalaciones de la **CLÍNICA**, por el equivalente al treinta por ciento (30%) del valor estimado del Contrato, con una vigencia igual a la del Contrato y tres (3) años más.

**13.3** Póliza de Responsabilidad civil extracontractual. Por una cuantía igual al veinte por ciento (20%) del valor estimado del Contrato, una vigencia igual al mismo y dos meses más.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Las Pólizas aquí indicadas, deberán ser entregadas a **LA CLÍNICA**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del presente contrato, y deberán anexar a las mismas los correspondientes recibos de pago de la prima, emitidos por la aseguradora que expida dichas garantías y seguros, así como los clausulados correspondientes (carátula y condiciones generales y particulares). La no entrega de las pólizas con las condiciones y en el plazo señalado, se considerará un incumplimiento del Contrato por parte de **EL CONTRATISTA** y facultará a la **CLÍNICA** para dar por terminado de manera unilateral el Contrato, sin lugar a indemnización de ninguna naturaleza en favor de **EL CONTRATISTA**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Las garantías señaladas se harán efectivas total o parcialmente cuando a juicio de la **CLÍNICA**, **EL CONTRATISTA** hubiere incumplido cualquiera de las obligaciones y sin perjuicio de que la **CLÍNICA** pueda exigir a **EL CONTRATISTA** las indemnizaciones a que haya lugar por el incumplimiento.

**PARAGRAFO TERCERO.** En caso de prórroga del Contrato, las garantías y seguros se renovarán en los mismos plazos estipulados y el valor se reajustará teniendo en cuenta el valor estimado del contrato para cada vigencia, que corresponderá al valor facturado por **EL CONTRATISTA** durante el año inmediatamente anterior. La no renovación de las pólizas correspondientes, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de suscripción del otrosí modificadorio, facultará a la **CLÍNICA** para terminar de manera unilateral e inmediata el Contrato, sin que exista lugar a reclamación o solicitud de indemnización de perjuicios por parte de **EL CONTRATISTA**.

**PARAGRAFO CUARTO.** Para efectos de la expedición inicial de pólizas, se estima como valor anual del contrato en la suma de CINCO MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$5.500.000.000)

**DÉCIMA CUARTA. DOMICILIO CONTRACTUAL Y NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Bogotá y las notificaciones serán recibidas por las partes en las direcciones que se señalan a continuación:

**LA CLÍNICA:**

Atn: Jefe de hospitalización

Teléfono: 5300470 ext. 4410

Correo electrónico: [Andrea.ferrater@clinicadelcountry.com](mailto:Andrea.ferrater@clinicadelcountry.com)

Carrera 16 Nro. 82-57, piso 7.

**EL CONTRATISTA:**



Atn.: MARIA HELENA MARTINEZ GARCIA  
Teléfono: 6910831 | (Bogotá)  
Correo Electrónico:  
[terapistasdelcountry@yahoo.com](mailto:terapistasdelcountry@yahoo.com), [contabilidad@terapistasdelcountry.com](mailto:contabilidad@terapistasdelcountry.com)  
Dirección: Cra 16 No. 82 – 47 / 51 Consultorio 401

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Cualquier cambio en la información aquí contenida, deberá ser comunicado por escrito de inmediato a la otra parte. De no ser así, se exime la parte cumplida de las consecuencias que puedan derivarse de una defectuosa notificación a dirección que no corresponde.

**DECIMA QUINTA. CONFIDENCIALIDAD:** Las partes se sujetan a las siguientes reglas de confidencialidad: 1) Será considerada Confidencial toda la información que cada parte obtenga de la otra con motivo de la ejecución del presente convenio. 2) Las partes no usarán la Información Confidencial para ningún otro fin distinto al contemplado en el presente convenio. 3) Las partes se asegurarán que toda Información confidencial que sea revelada para el cumplimiento del presente convenio a las personas dependientes de cada una de ellas, mantendrá el mismo carácter confidencial para los mismos como si fueran partícipes de este convenio. 4) Las partes notificarán inmediatamente la pérdida o revelación no autorizada de cualquier documento o información relativa a la Información Confidencial.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Son especialmente confidenciales todos los datos relacionados con los pacientes y familias; así como los de los empleados de la **CLINICA**, bien en calidad de trabajadores o que laboren bajo cualquier otra forma de vinculación jurídica, de conformidad con lo establecido en las Leyes 23 de 1981 y 1581; y las normas que las reglamenten, las modifiquen o sustituyeren.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cualquier violación a lo dispuesto en la presente cláusula dará lugar a la terminación inmediata del presente Contrato, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

**PARÁGRAFO TERCERO:** Se exceptúa de esta obligación cualquier información requerida en ejercicio de sus funciones y con la suficiente motivación, por servidores legislativos, administrativos o jurisdiccionales; en este caso, la parte a la que se le requiera la información deberá comunicar a la otra parte, antes de efectuar la divulgación.

**DÉCIMA SEXTA.- DATOS PERSONALES:** Mediante la suscripción del presente contrato, **EL CONTRATISTA** autoriza de manera previa, libre y voluntaria a la **CLINICA**, para realizar el tratamiento de la información personal que éste le ha suministrado, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, información ha sido y será suministrada por este en virtud de la ejecución del contrato. Los datos personales que llegue a suministrar a la **CLÍNICA** se almacenarán en sus bases de datos, para el desarrollo del objeto social de esta, incluyendo la realización de actividades de comercialización de sus productos y servicios, así como el otorgamiento de los datos a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera.

La **CLÍNICA** efectuará el tratamiento de los datos de **EL CONTRATISTA**, de acuerdo con su política de tratamiento de datos personales, que ha implementado en



concordancia con la normatividad legal aplicable, y ha tomado las medidas técnicas y administrativas necesarias para proteger los datos personales de **EL CONTRATISTA**.

De manera adicional y en virtud del tipo de servicio que presta y prestará **EL CONTRATISTA**, y la posibilidad de que acceda en la ejecución de las actividades que se le encomiendan, a datos personales administrados por la **CLÍNICA** en sus bases de datos, que contiene datos personales sensibles y de menores de edad, obliga a que se le exija un estricto cumplimiento de las políticas de tratamiento de datos personales de la **CLÍNICA** por parte de **EL CONTRATISTA**, considerando que este actuará como encargado del tratamiento de dichos datos, por lo que deberá cumplir con las obligaciones previstas en la Ley 1581 de 2012, en particular las dispuestas en la cláusula 18 de esta ley.

En igual sentido, **EL CONTRATISTA** se compromete a dar cumplimiento a las políticas de protección de datos personales de la **CLÍNICA**, que declara conocer y aceptar.

La información que por cualquier motivo sea suministrada por la **CLÍNICA** a **EL CONTRATISTA**, deberá ser empleada solamente para los propósitos y alcances señalados en el contrato y que sean inherentes a las actividades para las que ha sido contratado por la **CLÍNICA**.

Adicionalmente, **EL CONTRATISTA** como encargado del tratamiento de datos personales, se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones específicas:

- 16.1. Garantizar y adoptar todas las medidas físicas, técnicas y tecnológicas necesarias, que permitan asegurar el tratamiento de los datos personales suministrados por la **CLÍNICA**, conforme a los parámetros de conservación, seguridad y confidencialidad.
- 16.2. Informar de manera inmediata a la **CLÍNICA** sobre cualquier intento de acceso no autorizado, transferencia no autorizada, mal uso o divulgación no autorizada de los datos personales que llegare a conocer en desarrollo de las actividades contratadas; deberá **EL CONTRATISTA** tomar todas las medidas que sean necesarias, para poner fin a dicha actividad irregular.
- 16.3. **EL CONTRATISTA** conoce que la información suministrada por la **CLÍNICA** en ejecución del presente contrato, sólo deberá ser conocida por sus empleados o funcionarios competentes y delegados por **EL CONTRATISTA**, quienes deberán en todo momento mantener los parámetros de confidencialidad exigidos en este contrato, siempre garantizando la adecuada reserva de los datos personales.
- 16.4. **EL CONTRATISTA** se compromete a no utilizar los datos personales, directamente o a través de terceros, en asuntos, negocios y/o actividades de cualquier tipo, distintas a aquellas acordadas mediante el contrato y/o previamente autorizados por la **CLÍNICA**, mediante documento escrito; razón por la que se encuentra expresamente prohibido a **EL CONTRATISTA**, utilizar la información conferida por la **CLÍNICA**, para fines comerciales o publicitarios.



- 16.5.** **EL CONTRATISTA** se obliga a que toda la información de carácter personal entregada por la **CLÍNICA**, ya sea en documentos escritos, dispositivos de almacenamiento o en cualquier otro medio, a la terminación de este vínculo contractual por cualquier motivo, sean retirados completamente de los medios en que tenga almacenada la información transferida por la **CLÍNICA**, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que finalice la relación contractual.
- 16.6.** **EL CONTRATISTA** se compromete a no editar, copiar, compilar o reproducir por cualquier medio la información de carácter personal suministrada a este.
- 16.7.** **EL CONTRATISTA** se compromete a asumir la responsabilidad por los daños, gastos y costas que genere este a la **CLÍNICA** por el mal o inadecuado manejo de los datos personales de los pacientes de la **CLÍNICA** o la violación de las obligaciones de reserva y confidencialidad señaladas en este contrato, y mantener indemne a la **CLÍNICA** de cualquier reclamación judicial o extrajudicial.
- 16.8.** Garantizar que solamente el personal de **EL CONTRATISTA** competente para atender las labores contratadas, conocerá los datos personales suministrados por la **CLÍNICA**.
- 16.9.** En el evento que por cualquier razón, **EL CONTRATISTA** sea requerido por una autoridad para el suministro de información, respecto de aquellos datos personales entregados por la **CLÍNICA** a este, en la ejecución de este contrato, **EL CONTRATISTA** deberá informar a la **CLÍNICA** dentro de las siguientes 24 horas al momento de haber recibido la solicitud, para que la **CLÍNICA** evalúe el contenido del requerimiento y decida si es oportuna su participación en una eventual respuesta o si por el contrario solamente le compete al **CONTRATISTA**.

**DÉCIMA SÉPTIMA – INDEMNIDAD:** **EL CONTRATISTA** mantendrá indemne y defenderá a su propio costo a **LA CLINICA** así como a sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier pleito, queja o demanda y responsabilidad de cualquier naturaleza, incluyendo costos y gastos provenientes de actos y omisiones de **EL CONTRATISTA** en el desarrollo de este contrato. **EL CONTRATISTA** se obliga a evitar que sus empleados y/o los familiares de los mismos; sus acreedores; sus contratistas, proveedores, subcontratistas y/o terceros, presenten reclamaciones (judiciales o extrajudiciales) contra **LA CLINICA**, con ocasión o por razón de acciones u omisiones suyas relacionadas con la ejecución del presente contrato. Si ello no fuere posible, y se presentaren reclamaciones o demandas contra **LA CLINICA**, éste, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que le sean notificadas o en que se radiquen aquellas, podrá comunicarle la situación por escrito a **EL CONTRATISTA**, o llamarlo en garantía. En cualquiera de dichas situaciones, **EL CONTRATISTA** se obliga a acudir en defensa de los intereses de **LA CLINICA**, para lo cual contratará profesionales idóneos que asuman su representación y asumirán el costo de los honorarios de éstos, del proceso y de la condena si la hubiere. Si **LA CLINICA** estima



que sus intereses no están siendo bien defendidos, informará por escrito en tal sentido a **EL CONTRATISTA**, quien deberá responder explicando la manera y objetivos de la defensa que viene desarrollando, a efectos de que las Partes, conjuntamente, acuerden la mejor estrategia de defensa, o que si **LA CLINICA** lo estima necesario, asuma directamente la misma. En este último caso, **LA CLINICA** cobrará y descontará de los saldos a favor de **EL CONTRATISTA** todos los costos que implique esa defensa, más un diez por ciento (10%) del valor de los mismos por concepto de gastos de administración. En caso de que **EL CONTRATISTA** no asuma la defensa, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que fue notificada la demanda, lo comunicará a **LA CLINICA** quien podrá asumir su defensa, pero el costo de los honorarios de los abogados, del proceso y de la condena si la hubiere, más un diez por ciento (10%) por concepto de costos de administración, que serán descontados de los saldos pendientes de pago a favor de **EL CONTRATISTA**. Si no hubiere saldos pendientes de pago a favor de **EL CONTRATISTA**, **LA CLINICA** podrá proceder, para el cobro de los valores a que se refiere esta cláusula, por la vía ejecutiva, para la cual este contrato junto con los documentos en los que se consignan dichos valores, prestan el mérito de título ejecutivo.

**DECIMA OCTAVA.- LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y OTRAS**

**DECLARACIONES:** Las Partes declaran que están comprometidas con la lucha contra la corrupción, por lo tanto, se obligan a no incurrir en algunas de las conductas tipificadas como delitos de corrupción en el Código Penal Colombiano, y a velar para que sus empleados, agentes y subcontratistas actúen de igual forma. Ambas Partes declaran bajo la gravedad del juramento que sus ingresos provienen de actividades lícitas, que no se encuentra con registro negativo en listados de prevención de lavado de activos nacionales o internacionales, que no se encuentra dentro de una de las dos categorías de lavado de activos (conversión o movimiento), ni incurrirán en conductas que lleven a la financiación u ocultamiento de la financiación del terrorismo; en consecuencia, se obliga a responder ante la otra parte por todos los perjuicios que se llegaren a causar a ella o a terceras personas vinculadas con la misma.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Si durante la vigencia del Contrato alguna de las Partes, sus administradores o socios, llegaren a resultar involucrados en una investigación de carácter penal relacionada con actividades ilícitas: Lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción, o llegaren a ser incluidos en las listas de control nacionales o internacionales, la otra parte tendrá derecho a terminar unilateral y de manera inmediata el presente Contrato, sin perjuicio de iniciar las acciones legales pertinentes a fin de obtener la indemnización por los perjuicios que esta conducta le haya podido causar a ella o a terceras personas vinculadas con la misma.

**PARAGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA** autoriza de manera amplia e irrevocable a la **CLINICA** para que cruce, consulte o confronte la información contenida en sus bases de datos con las listas públicas restrictivas o vinculantes de carácter nacional o internacional.

**DECIMA NOVENA.- MODIFICACIÓN:** Cualquier modificación al presente Contrato deberá constar por escrito y ser suscrita por los representantes legales de cada una de las Partes.

**VIGÉSIMA.- CESIÓN:** Queda prohibido a **EL CONTRATISTA** ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones derivados del presente Contrato, salvo



autorización escrita de la otra parte. No obstante lo anterior, la **CLÍNICA** estará facultada para realizar la cesión del Contrato a cualquiera de las compañías con las que mantiene una relación comercial y/o a cualquier otro tercero que esta considere necesario.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** Las diferencias que surjan entre las partes con ocasión de la ejecución, interpretación y terminación del presente acuerdo, de no llegarse a una solución por las vías de la conciliación o transacción extrajudiciales, serán dirimidas por la Justicia ordinaria colombiana.

**VIGESIMA SEGUNDA. ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Con la suscripción del presente Contrato, **EL CONTRATISTA** y su representante legal como persona natural, manifiesta que acepta que la **CLINICA** colecte, recaude, organice, trate y almacene sus datos personales, en los términos para ello dispuestos en la política de tratamiento de datos personales, la cual **EL CONTRATISTA** manifiesta conocer y que podrá adicionalmente consultar en el link <http://www.clinicadelcountry.com/politica-de-datos> o podrá solicitarla directamente a la **CLINICA**.

**VIGÉSIMA TERCERA.-INTEGRIDAD:** El presente Contrato sustituye y deja sin efecto alguno, cualquier pacto, acuerdo o Contrato anterior que haya habido entre las partes respecto de la prestación de los servicios objeto del mismo, motivo por el cual se entiende como el único acuerdo vigente entre las Partes.

**VIGÉSIMA CUARTA.-RESPONSABILIDAD: EL CONTRATISTA** desarrollará las actividades objeto del presente Contrato, con plena autonomía profesional, científica, técnica y administrativa, asumiendo total y exclusivamente la responsabilidad que se derive de la ejecución de las actividades del Contrato.

**VIGÉSIMA QUINTA.- CLÁUSULA PENAL:** El incumplimiento total o parcial por parte de **EL CONTRATISTA**, de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato, dará derecho a la **CLINICA** a recibir una suma correspondiente al veinte por ciento (20%) del valor estimado del contrato, señalado en la cláusula décima tercera, como cláusula penal sancionatoria, sin perjuicio de la obligación de **EL CONTRATISTA** de dar cumplimiento a las obligaciones que le corresponden y el derecho que tiene la **CLINICA** para cobrar adicionalmente la indemnización de perjuicios ordinaria y pedir resarcimiento y pago forzado de todos los perjuicios que el incumplimiento le hubiere generado, tanto en la modalidad de daño emergente como lucro cesante.

La **CLINICA** podrá descontar las sumas correspondientes a la cláusula penal sancionatoria, de cualquier suma que se encuentre pendiente de pago en favor de **EL CONTRATISTA**, ya sea respecto a este contrato o cualquier otro en que tengan vinculo las partes, y así lo acepta expresamente **EL CONTRATISTA**.

Así mismo, **EL CONTRATISTA** renuncia a cualquier notificación de carácter judicial o extrajudicial para requerirlo en mora. La cláusula penal aquí establecida, no impide las acciones judiciales a que haya lugar para reclamar la indemnización de perjuicios que se le hayan ocasionado a la **CLINICA**. Por lo anterior, la **CLINICA** podrá cobrar la suma establecida en la cláusula penal por vía ejecutiva, para lo cual este contrato prestará mérito ejecutivo. Así mismo, en el caso de que se causen intereses por cualquier



concepto, la tasa de interés aplicable será la máxima legal comercial certificada por la Superintendencia Financiera o quien haga sus veces para la fecha de la causación de los mismos.

**VIGÉSIMA SEXTA.- IMPUESTOS:** Los impuestos y gastos derivados de las actividades, que bajo el presente Contrato se realicen, serán cubiertos por la parte a quien corresponda su pago de conformidad con la legislación colombiana.

En señal de conformidad las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Bogotá el 18 de Julio de 2019.

**LA CLÍNICA,**

*Irma S Donoso*

**IRMA DONOSO SÁNCHEZ**

Representante Legal

**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

**EL CONTRATISTA,**

*María Helena Martínez G*

**MARÍA HELENA MARTÍNEZ GARCÍA**

Representante Legal

**TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA**



# COPIA



Bogotá D.C., 19 de agosto de 2020

Señora  
**MARIA HELENA MARTÍNEZ GARCÍA**  
Gerente  
**TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA**  
Carrera 16 No. 82-47/51 Consultorio 401  
[terapistasdelcountry@yahoo.com](mailto:terapistasdelcountry@yahoo.com)  
[mhmg66@hotmail.com](mailto:mhmg66@hotmail.com)  
La Ciudad

**Ref.** Aviso de terminación del contrato de prestación de servicios.

Respetada señora Martínez,

Mediante la presente comunicación me permito notificarles la decisión de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.** de terminar el Contrato de Prestación de Servicios suscrito entre **TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA** y **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**, el día dieciocho (18) de julio de dos mil diecinueve (2019), y el cual a la fecha se continúa ejecutando de conformidad con los términos establecidos en este.

Por lo tanto y conforme a la facultad establecida en el parágrafo de la cláusula cuarta del contrato en mención, le informo que las actividades contractuales acordadas finalizarán el día 30 de septiembre de dos mil veinte (2020), otorgándose un plazo prudente para la liquidación de las cuentas entre las partes y las demás actividades inherentes a la misma.

Para lo anterior, los invito a una reunión en las oficinas de la Gerencia General de la Clínica, con el fin de revisar el proceso de transición y terminación, la cual podría llevarse a cabo la próxima semana. Le agradezco enviar al correo electrónico [livis.bulla@clinicadelcountry.com](mailto:livis.bulla@clinicadelcountry.com), los horarios disponibles, para coordinar la misma.

Por último y no siendo menor, me permito agradecerles en nombre de la Clínica del Country, todos estos años de servicio a nuestros pacientes.

Sin otro particular, me suscribo respetuosamente,

---

**GLORIA MOLINA VARGAS**  
Representante Legal  
**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

Recibo  
Andrea Roncancio  
21-08-20.



**Terapistas  
del Country**  
Comprometidos con su bienestar.  
NIT. 800.026.296-8

Bogotá D.C., 12 noviembre 2020

Señora

**LUZ MARY CARDENAS**

Gerente financiera

**ADMINISTRADORA COUNTRY SAS**

Respetada señora,

De acuerdo a la solicitud de la Administradora Country estoy enviando la certificación suscrita por el representante legal y el revisor fiscal, correspondiente al pago de salarios, seguridad social y prestaciones sociales al personal correspondiente, como habíamos acordado antes del 15 de noviembre del 2020.

Respetuosamente,



Terapistas  
del Country Ltda.  
NIT. 800.026.296-8

*Uyuo Helena Martinez C*

**MARÍA HELENA MARTÍNEZ G.**

Representante Legal

**TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA.**

*Luiz Bulla  
Nov 17/20*

Cra.: 16 N° 82 - 51 Oficina: 401 - P.B.X. 618 35 07 Fax: 218 5131  
E-mail: [terapistasdelcountry@yahoo.com](mailto:terapistasdelcountry@yahoo.com) - [www.terapistasdelcountry.com](http://www.terapistasdelcountry.com)  
Bogotá, D.C. Colombia



Certificado N° SC 6126-1



**Terapistas  
del Country**  
Comprometidos con su bienestar

NIT. 800.026.296-8

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE**

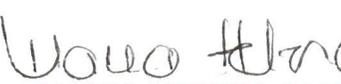
**TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA**

**CERTIFICA**

Que a 31 de octubre de 2.020, se cumplió a cabalidad con el pago de salarios, seguridad social y prestaciones sociales, de la totalidad de los empleados de Terapistas del Country que desempeñaban su actividad en la Clínica del Country.

Esta se expide a los doce (12) días del mes de noviembre de 2.020 con destino a la Clínica del Country, en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

  
MARIA HELENA MARTINEZ GARCIA  
Representante Legal

 Terapistas  
del Country Ltda  
NIT. 800.026.296-8



NESTOR PUPO MURILLO  
Revisor Fiscal  
Tarjeta Profesional N° 1533-T



MARTHA LILIANA NIÑO GARCIA  
Contadora Pública  
Tarjeta Profesional N° 140813-T

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		800026296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	CRA 8 N 45 -25 TELÉFONO:	6183507	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	<b>7761677003</b>		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	722107417		

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION		24	\$ 10.111.900
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		33	\$ 11.263.200
800227940	231001	231001-COLFONDOS		11	\$ 3.943.600
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO		1	\$ 338.700
800224808	230301	230301-PORVENIR		38	\$ 12.080.100
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>107</b>	<b>\$ 37.737.500</b>
<b>SALUD</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860045904	CCFC53	CCFC53-COMFACUNDI		1	\$ 52.200
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR		18	\$ 1.355.800
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.		2	\$ 132.000
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR		43	\$ 3.311.100
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		4	\$ 256.800
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		4	\$ 249.300
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		22	\$ 1.701.000
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		4	\$ 274.700
830113831	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.		9	\$ 1.415.300
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>107</b>	<b>\$ 8.748.200</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR		96	\$ 8.497.200
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>96</b>	<b>\$ 8.497.200</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800226175	14-25	14-25-COLMENA		107	\$ 4.308.800
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>107</b>	<b>\$ 4.308.800</b>

<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 59.291.700</b>
----------------------	----------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		800026296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	CRA 8 N 45 -25 TELÉFONO:	6183507	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	<b>7763604641</b>		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	746470390		

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION		25	\$ 9.931.600
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		31	\$ 10.884.600
800227940	231001	231001-COLFONDOS		11	\$ 3.633.000
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO		1	\$ 363.000
800224808	230301	230301-PORVENIR		38	\$ 11.462.500
<b>SUBTOTAL:</b>				106	<b>\$ 36.274.700</b>
<b>SALUD</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860045904	CCFC53	CCFC53-COMFACUNDI		2	\$ 122.000
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR		18	\$ 1.485.900
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.		2	\$ 181.400
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR		45	\$ 3.409.500
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		4	\$ 309.500
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		6	\$ 463.500
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		22	\$ 1.738.700
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		3	\$ 196.200
830113831	EPS001	EPS001-ALIANSA SALUD S.A.		10	\$ 1.501.200
<b>SUBTOTAL:</b>				112	<b>\$ 9.407.900</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR		100	\$ 8.387.700
<b>SUBTOTAL:</b>				100	<b>\$ 8.387.700</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800226175	14-25	14-25-COLMENA		106	\$ 4.376.400
<b>SUBTOTAL:</b>				106	<b>\$ 4.376.400</b>

<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 58.446.700</b>
----------------------	----------------------

# SEGURO CUMPLIMIENTO PARTICULAR



NIT 860028415

**CODIGO DE RECAUDO**  
**111054135243**

**PÓLIZA**  
AA040707

**FACTURA**  
AA135243

## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** 0401 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO PARTICULAR  
**COD. AGENCIA** 00054 **CERTIFICADO** AA132134 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 3419249  
**AGENCIA** BOGOTA CENTRO **DIRECCIÓN** CLL 19 NRO 6-68 OF 707

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN				
DD	MM	AAAA	DESDE	HASTA	HORA	HORA	00:00	00:00	DD	MM	AAAA
13	08	2019	DD 18	MM 07	AAAA 2019	AAAA 2023	HORA	00:00	13	08	2019

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b> TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA.	<b>E-MAIL</b> notiene@notiene.com	<b>NIT/CC</b> 800026296
<b>DIRECCIÓN</b> CRA. 16 82-51	<b>E-MAIL</b> CONTRALORIA@CLINICADELCOUNTRY.COM	<b>TEL/MOVIL</b> 6910831
<b>ASEGURADO</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.	<b>E-MAIL</b> CONTRALORIA@CLINICADELCOUNTRY.COM	<b>NIT/CC</b> 830005028
<b>DIRECCIÓN</b> CR 16 82 57 P 7	<b>E-MAIL</b> notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVIL</b> 5300470
<b>BENEFICIARIO</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.		<b>NIT/CC</b> 830005028
<b>DIRECCIÓN</b> CR 16 82 57 P 7		<b>TEL/MOVIL</b> 5300470
<b>AFIANZADO</b> TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA.		<b>NIT/CC</b> 800026296
<b>DIRECCIÓN</b> CRA. 16 82-51		<b>TEL/MOVIL</b> 6910831

## INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CIUDAD DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA
DIRECCION TIPO DE CONTRATO GRUPO DE RIESGO	CARRERA 16 82-57 PISO 7 PREST SERVICIOS/CONOCIM TECNIC GRUPO 5

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	\$1,100,000,000.00
Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral	\$1,650,000,000.00

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
18/07/2019	18/08/2020	397
18/07/2019	18/07/2023	1461

**VALOR ASEGURADO TOTAL** \$2,750,000,000.00

**NÚMERO DE RIESGOS**

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$12,137,177.00	\$5,000.00	\$2,307,014.00	\$14,449,191.00

**FORMA DE PAGO** Contado

**ENTIDAD BANCARIA**

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000052359274	RUIZ REYES ANGELA BIBIANA	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

*[Firma Autorizada]*

**FIRMA AUTORIZADA**  
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538  
#324

# SEGURO CUMPLIMIENTO PARTICULAR

**CODIGO DE RECAUDO**  
**111054135243**

**PÓLIZA**  
AA040707

**FACTURA**  
AA135243



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** 0401      **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO PARTICULAR  
**COD. AGENCIA** 00054      **CERTIFICADO** AA132134      **DOCUMENTO** Nuevo      **TEL:** 3419249  
**AGENCIA** BOGOTA CENTRO      **DIRECCIÓN** CLL 19 NRO 6-68 OF 707

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN						
13	08	2019	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	18	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2019	<b>HORA</b>	00:00	13	08	2019
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	18	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2023	<b>HORA</b>	00:00	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA.      **NIT/CC** 800026296  
**DIRECCIÓN** CRA. 16 82-51      **E-MAIL** notiene@notiene.com      **TEL/MOVIL** 6910831

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POLIZA NUEVA  
 SE EXPIDE SEGUN SOLICITUD DEL ASEGURADO.

### OBJETO:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE FECHA 18 DE JULIO DE 2019 ENTRE TERAPISTAS DEL COUNTRY LTDA. Y ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S REFERENTE A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA, EN LAS MODALIDADES DE: RESPIRATORIA, DEL LENGUAJE, OCUPACIONAL, FISICA Y REHABILITACION CARDIACA, QUE SEA NECESARIO PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, SOAT Y DE URGENCIAS DE LA CLINICA, QUE REQUIERAN LOS SERVICIOS.

VALOR CONTRATO \$ 5.500.000.000

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 20012013-1501-P-05-0000000000000401

PAGO DE PRIMAS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A LA EQUIDAD SEGUROS.  
 "EL PAGO DE LA PRIMA SE DEBE REALIZAR A TRAVÉS DE PAGOS ONLINE, PSE, O TRAVÉS CÓDIGO DE BARRAS EN EL BANCO DE BOGOTÁ, O CONSIGNAR EN LAS CUENTAS DE LA ASEGURADORA EN EL BANCO DE BOGOTÁ ASÍ:

PÓLIZAS DE GENERALES  
 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., NIT. 860.028.415-5, CUENTA CORRIENTE 035486885.  
 NOTA: COLOCAR EN REF.1. NO. PÓLIZA Y REF.2. NIT DEL CLIENTE.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. - COMPAÑIAS DE SEGUROS

**FIRMA AUTORIZADA**  
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
 Línea Segura 018000919538  
 #324