

**RV: C5953 RV: PRESENTACIÓN CONTESTACION DEMANDA**

Jose David Colmenares Rodriguez <jcolmenaresr@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 25/08/2020 6:03 PM

**Para:** Juzgado 09 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**CC:** Tecnico Sistemas Oficina Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <tecofadmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; luzrjimenez@yahoo.es <luzrjimenez@yahoo.es>

📎 2 archivos adjuntos (10 MB)

LLAMAMIENTO EN GARANTIA DANIELA QUINTERO.pdf; CONTESTACION DEMANDA DANIELA QUINTERO.pdf;

Cordial saludo,

Anexo constancia de radicación de documento allegado de manera digital.

UniSoftware Ltda. - Registro de Actuaciones

Proceso Ver Opciones Ayuda

No. Proceso: 76001 - 33 - 33 - 009 - 2019 - 00208 - 00 Buscar Proceso

> CALI (VALLE) > Juzgado Administrativo > Administrativo Oralidad

Información Principal Sujetos Secretaría Despacho Finalización

Demandante: ELVER MURCIA SOTTO Y OTROS Cédula: AS96350701

Demandado: RED SALUD DE ORIENTE Y OTROS Cédula: SMÑF,585

Area: 0001 > Administrativo Fecha: 01/08/2019

Tipo de Proceso: 0001 > Ordinario Hora: 00:00

Clase de Proceso: 0003 > ACCION DE REPARACION Ubicación: Correspondencia OF PM

Subclase: 0000 > Sin Subclase de Proceso En: 0001 > Primera Instancia

Tipo de Recurso: 0000 > Sin Tipo de Proceso No Ver Proceso: ☐ Blanquear todo

Despacho: 09-JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI

Asunto:

Actuación Desarrollo

Actuación a Registrar: 25/08/2020 Registrado en

Correspondencia Of Apoyo Folios:

Fecha Actuación: 25/08/2020 (dd/mm/aaaa) Cuadernos:

Término

☒ Sin Término ☐ Término Legal ☐ Término Judicial

Calendario

☐ Ordinario ☐ Judicial

☐ Tiene Término

Días: 0

Inicial: / / (dd/mm/aaaa) Final: / / (dd/mm/aaaa)

Anotación:

C5953 martes, 25 de agosto de 2020 3:58 p. m. CONTESTACION DE LA DEMANDA, LLAMAMIENTO EN GARANTIA, PODER Y ANEXOS-RED DE SALUD DEL

Ubicación: 0047 > Correspondencia OF PM Aceptar Cerrar

Atentamente ,

**JOSE DAVID COLMENARES RODRIGUEZ**

Asistente Administrativo

Oficina de Apoyo Juzgados Administrativos de Cali

Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Cali-Valle del Cauca



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**De:** Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Enviado el:** martes, 25 de agosto de 2020 4:08 p. m.

**Para:** Jose David Colmenares Rodriguez <jcolmenaresr@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** C5953 RV: PRESENTACIÓN CONTESTACION DEMANDA

**De:** LUZ REGINA JIMENEZ P. <luzrjimenez@yahoo.es>

**Enviado el:** martes, 25 de agosto de 2020 3:58 p. m.

**Para:** Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** PRESENTACIÓN CONTESTACION DEMANDA

**REF. PROCESO N°: 76001-33-33-009-2019-00208-00**

**DEMANDANTE: DANIELA QUINTERO VILLADA Y OTROS**

**DEMANDADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE – CENTRO DE SALUD DECEPAZ IPS Y OTROS**

**MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA**

**Luz Regina Jimenez.**

• CONTESTACIÓN DEMANDA DANIELA QUINTERO VILLADA

Yahoo/Enviados ★



• **LUZ REGINA JIMENEZ P.** <luzrjimenez@yahoo.es>

Para: adrianafinlay@yahoo.es



mar., 25 ago. a las 15:49



**REF. PROCESO N°: 76001-33-33-009-2019-00208-00**

**DEMANDANTE: DANIELA QUINTERO VILLADA Y OTROS**

**DEMANDADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE – CENTRO DE SALUD DECEPAZ IPS Y OTROS**

**MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA**

**Luz Regina Jimenez.**



CONTESTAC... .pdf

3.1MB

## • LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Yahoo/Enviados ★



• **LUZ REGINA JIMENEZ P.** <luzrjimenez@yahoo.es>  
Para: notificaciones@solidaria.com.co



mar, 25 ago. a las 15:45



Adjunto envió llamamiento en garantía

REF. PROCESO N°: 76001-33-33-009-2019-00208-00

DEMANDANTE: DANIELA QUINTERO VILLADA Y OTROS

DEMANDADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE – CENTRO DE SALUD DECEPAZ IPS Y OTROS

MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA

**Luz Regina Jimenez.**

[⬇ Descargar todos los archivos adjuntos como archivo comprimido](#)



DEMANDA ... .PDF  
11.1MB



LLAMAMIE... .pdf  
6.6MB



CONTESTAC... .pdf  
3.1MB



Santiago de Cali, 25 agosto de 2020

Señor

**Juez 9 ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI**

Santiago de Cali

**REF. PROCESO N°: 76001-33-33-009-2019-00208-00**  
**DEMANDANTE: DANIELA QUINTERO VILLADA Y OTROS**  
**DEMANDADOS: RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE – CENTRO DE SALUD**  
**DECEPAZ IPS Y OTROS**  
**MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA**

**LUZ REGINA JIMENEZ PIMENTEL** mayor vecina de Santiago de Cali, identificada con la cedula de ciudadanía No 31.288.507, abogada con tarjeta profesional No 25980 de C.S.J, en ejercicio del poder que me ha sido conferido por el doctor, **OSCAR IPIA LOPEZ**, mayor, vecino de Santiago de Cali, identificado con la cedula de ciudadanía No 16.659.399 de el Tambo (Cauca), en su condición de Gerente y representante legal de la **Red de Salud del Oriente E.S.E - Empresa Social del Estado** del Municipio de Santiago de Cali, creada por acuerdo 106 de 2003, según consta en el Decreto de nombramiento No 4112.010.20.0897 del 18 de mayo de 2020 expedido por el señor Alcalde de Santiago de Cali y Acta de posesión No 0321 del 18 de mayo de 2020, a usted comedidamente solicito se llame en garantía a la **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa**, con número de identificación tributaria No. 860.002.400-2 y matricula en la Cámara de Comercio 777069-2 con domicilio en la ciudad de Cali, en la calle 9 No. 62ª-35, a través de su representante legal, con el objeto de:

## I. PRETENSIONES

**1.1** Con fundamento en el contrato de seguro contenido en la **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No 660-88-994000000002** expedida desde el 09 de mayo de 2017 hasta la fecha, y por tanto vigente durante el periodo en el que se desarrollan los hechos que dan lugar a la demanda de la referencia, cuyo tomador y beneficiario es la Red de Salud del Oriente, se ordene en la sentencia la obligación a cargo de **La Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa**, a pagar en su nombre, el valor de la indemnización a que eventualmente sea condenada la Entidad asegurada, en los términos pactados en este contrato.



- 1.2** Se le notifique la demanda de llamamiento en garantía con el objeto de que ejerza su derecho de defensa y el de la Empresa asegurada, dentro del proceso de reparación directa de la referencia, con fundamento en los hechos y en las pruebas aducidas en la demanda.

## II. HECHOS

**2.1** La menor Mariana Murcia Quintero fue atendida en la Red de Salud del Oriente el día 14 de junio de 2017, para consulta de control de su padecimiento de obesidad exógena, en proceso de investigación por los médicos especialistas del Hospital Universitario del Valle y para consultar flujo vaginal que manifestó la madre, afectaba a la menor desde los 8 meses de edad y que aumento en el último mes. La médica tratante examinó a la menor y anotó en la historia clínica que observó eritema en labios externos, secreción vaginal amarilla fétida e himen roto. Dicho examen se realizó en presencia de los padres. Esta impresión diagnóstica conduce a sospecha de abuso sexual y por tanto se activa el protocolo legalmente establecido para la protección de la menor.

**2.2** Pretenden los demandantes reclamar perjuicios materiales e inmateriales por concepto de daño moral, daño a la salud y por daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos, así como daño por pérdida de patria potestad.

**2.3** La póliza de seguros tomada por la Red de Salud del Oriente desde el 9 de mayo de 2017 cubre el siniestro que constituye la reclamación judicial objeto de la demanda, por cuanto los hechos acaecieron después de su vigencia, por lo que resulta pertinente el llamamiento en garantía.

## III. PRUEBAS

Adjunto a este escrito los siguientes documentos, como fundamento de la petición de llamamiento en garantía.

- a. Copia de la PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 660-88-994000000002, cuyo tomador es la Red de Salud del Oriente, Empresa Social del Estado vigente por los periodos del 9 de mayo de 2017 hasta la fecha de contestación de la demanda que da lugar a este llamamiento en garantía. **(folio 4 al 14)**
- b. Certificado de existencia y representación legal de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. **(folio 15 al 17)**



- c. Comunicación a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa **con oficio No E.P.L 110.55.28.163 del 26 de abril de 2019, suscrito por el gerente de la Red de Salud del Oriente, de la petición de conciliación prejudicial ante la Procuraduría, formulada por los demandantes; con objeto de activar el amparo del riesgo asegurado con la póliza. (folio 18)**

#### IV. ANEXOS

Al correo electrónico de la compañía de Seguros Solidaria de Colombia he remitido

1. Copia del llamamiento en garantía, sus pruebas y anexos.
2. Copia de la demanda, sus pruebas y anexos.
3. Copia de la contestación de la demanda y sus pruebas.

#### V. NOTIFICACIONES

- La Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, puede ser notificada en Cali, en la Calle 9 No. 62ª-35 Su correo electrónico para notificaciones judiciales es **notificaciones@solidaria.com.co**
- Las notificaciones a la Red de Salud del Oriente pueden realizarse en la Calle 72 U # 28 T - 00 Poblado II de la ciudad de Santiago de Cali, su correo electrónico institucional para notificaciones judiciales es: **notijudicialesredoriente@gmail.com**
- Manifiesto que mi correo electrónico para notificaciones judiciales es: **luzrjimenez@yahoo.es**, teléfono 5554341 y celular 3122580433

Atentamente,

**LUZ REGINA JIMENEZ P.**



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS**

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600597246**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000002 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT**

COD. AGE: 660

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO  
**11 05 2017**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2017 23:59**  
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2018 23:59**  
VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO  
**16 05 2017**

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

FECHA DE EXPEDICIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2017 23:59**  
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2018 23:59**  
VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

TÉLEFONO: **(2) 3194015**

NOMBRE: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

DIRECCIÓN: **CALLE 72 U 28 F 00 POBLADO**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

TÉLEFONO: **(2) 3194015**

ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

DIRECCIÓN: **CALLE 72 U 28 F 00 POBLADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CIUDAD: **CALI**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

DIRECCIÓN: **CALLE 72U CRA 28E6 CRA 28F**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCIÓN AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LÍMITE POR EVENTO

DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO  
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL  
TRANSPORTE EN AMBULANCIA  
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO  
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA  
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS  
GASTOS DE DEFENSA

\$ 2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
1,250,000,000.00  
1,250,000,000.00  
1,250,000,000.00  
80,000,000.00

0.00  
0.00  
0.00  
0.00  
0.00  
0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - M'inimo: 10.00 SMLV 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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS  
COBERTURA BASE CLAIMS-MADE

TOMADOR: RED DE SALUD DEL ORIENTES ESE NIT. 805.027.337-4

ASEGURADO: RED DE SANUD DEL ORIENTES ESE NIT. 805.027.337-4

UBICACION DEL RIESGO ASEGURABLE: CALLE 72 U CRA 28 F CALI

SE INCLUYE LA RED DE IPS QUE CONFORMAN LA RED, SEGUN RELACION DE PREDIOS ADJUNTA.  
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestacio'ndel servicio de ima'genes diagno'sticas.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES

VIGENCIA: DESDE 09 DE MAYO DE 2017 A LAS 23:59 horas HASTA EL 09 DE MAYO DE 2018 A LAS A LAS 23:59 horas.

OBJETO DEL SEGURO:

*Solutor Amadores Garces*

VALOR ASEGURADO TOTAL:  
\$ **\*2,500,000,000.00**

VALOR PRIMA:  
\$ **\*\*\*\*\*175,000,000**

GASTOS EXPEDICION:  
\$ **\*\*\*\*\*15,000.00**

IVA:  
\$ **\*\*\*33,252,850**

TOTAL A PAGAR:  
\$ **\*\*\*\*\*208,267,850**

INTERMEDIARIO  
NOMBRE CLAVE %PART  
JAL SEGUROS LTDA RC C 7260 100.00  
JAL SEGUROS LTDA 7260 100.00

COASEGURO CEDIDO %PART VALOR ASEGURADO

NOMBRE COMPAÑIA  
**423'625000**

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



(415)7701861000019(8020)00000000007000660059724

**FIRMA ASEGURADOR**

**FIRMA TOMADOR**

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

Información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta  
Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confía  
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DICI/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT**

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000002**

ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites establecidos estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes Condiciones:

### CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 09122015-1502-P-75-RG-36 V.2

### MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales, causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

### RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir de la vigencia del seguro con Aseguradora Solidaria. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o este conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o este en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

### PERSONAL ASEGURADO:

Personal médico habilitado legalmente -conforme a lo establecido en el Artículo 1129 del Código de Comercio- de todas las especialidades en ciencias médicas humanas, incluyendo odontólogos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y demás profesionales de la salud, con su respectiva Tarjeta Profesional vigente al momento de la cobertura de la póliza. Excluye personal de funciones netamente administrativas.

### AMPARO BASICO:

" Responsabilidad civil profesional médica: Límite del valor asegurado de la póliza por evento/ agregado vigencia 100%, en modalidad Claims-Made.  
" RC profesional médica durante transporte en ambulancia: Límite del valor asegurado de la póliza por evento 50% y 100% agregado vigencia, en modalidad Claims-Made.  
" Responsabilidad civil general: Límite del valor asegurado de la póliza por evento 50% y 100% agregado vigencia, en modalidad Occurrencia.  
" Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.  
" Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.  
" Suministro de medicamentos.  
" Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.  
" Gastos de Defensa: Opera por sublímite del amparo básico, distribuido así:  
Por proceso; \$18.000.000.  
Sublímite Agregado vigencia del seguro; \$80.000.000.  
" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: Sublímite de \$10.000.000 por evento/ vigencia.  
" Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.  
" RC Profesional Médica atención fuera de instalaciones: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.  
" RC General indirecta de médicos adscritos y contratistas: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.  
" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o dano material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación navalados por la Aseguradora. En Danos Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Danos a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

PERSONAL ASEGURADO: SEGUN FORMULARIO ACTUALIZADO ( VER HOJA ADICIONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA ).

Me'dicos Grupo A: personal médico bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización  
Me'dicos Grupo B: personal médico autorizado, para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico.

### DEDUCIBLES:

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.  
" Perjuicios Extrapatrimoniales: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV.  
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

**Deducción Basico**

**EXTRAPATRIMONIALES**  
**Evento \$ 1250'**

**Defensa**  
**GASTOS DE**  
**PROCESO \$ 18'**  
**AGREGADO \$ 80'**  
**SIN deducible.**



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT**

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000002**

ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### TEXTO ITEM 1

" Extensio'ndel Per'iodode Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Me'dica"y "Costos y Gastos del Proceso", segun Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las cl'nicas, hospitales y centros me'dicos asegurados, en caso de revocacio'n o no renovacio'n por parte de aseguradora solidaria y siempre que la po'liza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo veinticuatro (24) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habri'ande ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiracio'n de la vigencia de la po'liza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos me'dicos ocurridos exclusivamente durante la u'ltima vigencia de la po'liza. Esta extensio'n de cobertura dara' lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automa'tico de la suma asegurada.

" Definicio'nde Subl'imate: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pe'rddiatotal no constituye un valor adicional de indemnizacio'n

" Cla'usula de Revocacio'n: treinta (30) d'ias.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) d'ias.

" Cla'usula de no renovacio'n ta'cita o automa'tica.

" El pago de los honorarios defensa se hara' por reembolso en todo tipo de procesos, no obstante, la aseguradora podra' anticipar al asegurado hasta el 50% de los honorarios en los casos donde el asegurado aporte la notificacio'nde vinculacio'n formal a un proceso, y el restante 50%, se hara' contra fallo judicial en firme o acuerdo conciliatorio que haga tra'nsito a cosa juzgada.

" Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora esta' obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con e'ste producen los efectos previstos en el Co'digo de Comercio.

### EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen adema's las siguientes:

" Asegurado contra Asegurado.

" Reclamaciones por actos me'dicos selectivos para la reduccio'nde peso o embellecimiento por razones puramente este'ticas, incluyendo liposuccio'n o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitu'ricos, sus componentes o derivados.

" Reclamaciones por cirug'ia baria'trica, salvo para pacientes diagnosticados cl'nicamente con obesidad mo'rbi da o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

" Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

" Reclamaciones por actos me'dicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de e'sta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.

" Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

" Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Me'dicos (E&O), RC Servidores Pu'blicos, y RC Automotores.

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del pa'is de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

" Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de veh'iculos terrestres, ae'reos y/o acua'ticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrira'n reclamos u'nicamente por acciones y/u omisiones me'dicas que causen danos f'isicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.

" Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestio'ndel director me'dico y el personal administrativo de la institucio'n asegurada.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

" Sujeto a los dema'ste'rminos y condiciones de esta po'liza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:  
o Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o esta' expresamente excluida de la po'liza.  
o Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

### AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdiccio'n y Legislacio'n Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Art'iculo 1061 del Co'digo de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplira' con las garant'ias a continuacio'n mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garant'ia, da lugar a las sanciones que establece el art'iculo mencionado.

" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

" Llevar adecuado registro del servicio me'dico prestado, en la historia cl'nicade consultorios externos, la institucional u'nicay en la historia cl'nicay/o ficha cl'nicade cada servicio. En la misma, el asegurado debiera' anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuacio'n me'dica relacionada con la atencio'ndel paciente, as' como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado cl'nico, realizando anamnesia, diagn'o'sticos, indicaciones, evolucion, epicrisis y cierre de la historia cl'nica en todos los casos.

" Mantener protocolos quiru'rgicos y aneste'sicos, partograma, registros de monitoreo cardiolo'gico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia cl'nicao anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.

" Vigilar que cada historia cl'nica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto me'dico previo a la intervencio'n quiru'rgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendio'lo explicado por el me'dico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado debiera' tambie'n estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

... en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la pra'ctica



# 6334

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS**

7

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**6600597246**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000002 ANEXO: 1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT**

COD. AGE: 660

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO  
**03 05 2018**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2018 23:59**

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2019 23:59**

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO  
**07 05 2018**

FECHA DE IMPRESIÓN

FECHA DE EXPEDICIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESIÓN**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2018 23:59**

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS  
**09 05 2019 23:59**

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 72 U 28 F 00 POBLADO**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TELÉFONO: **(2) 3194015**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 72 U 28 F 00 POBLADO**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TELÉFONO: **(2) 3194015**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

CIUDAD: **CALI**

DIRECCIÓN: **CALLE 72U CRA 28E6 CRA 28F**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LIMITE POR EVENTO

DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO  
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL  
TRANSPORTE EN AMBULANCIA  
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO  
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA  
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS  
GASTOS DE DEFENSA

\$ 2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
2,500,000,000.00  
150,000,000.00

0.00  
0.00  
0.00  
0.00  
0.00  
0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - M'inimo: 10,000,000.00 \$ 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

TOMADOR: RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE NIT. 805.027.337-4

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE NIT. 805.027.337-4

UBICACION DEL RIESGO ASEGURABLE: CALLE 72 N CON CARRERA 28F, CALI

SE INCLUYE LA RED DE IPS QUE CONFORMAN LA RED, SEGUN RELACION DE PREDIOS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestacio'nde servicios profesionales de salud. Centros me'dicos

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:  
\$ \*2,500,000,000.00

VALOR PRIMA:  
\$ \*\*\*\*\*175,000,000

GASTOS EXPEDICION:  
\$ \*\*\*\*\*0.00

IVA:  
\$ \*\*\*33,250,000

TOTAL A PAGAR:  
\$ \*\*\*\*\*208,250,000

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE NOMBRE  
JAL SEGUROS LTDA RC C 7260 100.00  
JAL SEGUROS LTDA 7260 100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000660059724

FIRMA TOMADOR

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

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

será contactado para realizar el procedimiento

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirm



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT** COD. AGENCIA: **660** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **1**

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**  
ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### TEXTO ITEM 1

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los Límites y sublímites Asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes Condiciones:

#### CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2

#### MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

#### RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del Abril 01 de 2015. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o este conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o este en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

#### DEDUCIBLES:

- " Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- " Demas Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$ 10.000.000.

#### AMPARO BASICO:

- " Responsabilidad civil profesional médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " R c profesional médica durante transporte en ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " Responsabilidad civil general; límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
- " Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- " Suministro de medicamentos
- " Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

#### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

- " Gastos de Defensa: Sublímite de \$ 150.000.000, en el agregado vigencia, distribuido, así:  
Por proceso; \$ 25.000.000 / por Evento \$ 70.000.000.
- " Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: Sublímite de \$ 20.000.000 por evento/ vigencia.
- " Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.
- " Gastos Médicos: Sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
- " Amparo de Equipos Especiales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.  
Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:  
a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.  
b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes  
c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad  
Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.  
Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la caratula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.
- " Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o dano material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Danos Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Danos a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

PERSONAL ASEGURADO: SEGUN FORMULARIO ACTUALIZADO

AGENTE



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT** COD. AGENCIA: **660** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **1**

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**  
ASEGURADO: **RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.**  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**  
IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.337-4**  
IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### TEXTO ITEM 1

Me'dicos Grupo B: personal me'dico autorizado, para ejercer su profesio'n dentro del establecimiento me'dico.  
Se extiende a cubrir el personal asistencial que se encuentre prestando el servicio me'dicoobligatorio, me'dicosrurales, estudiantes y practicantes

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Extensio'ndel Per'iodode Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Me'dica"y "Costos y Gastos del Proceso", segun Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las cl'nicas, hospitales y centros me'dicosasegurados, en caso de revocacio'no no renovacio'npor parte de aseguradora solidaria y siempre que la po'liza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo veinticuatro (24) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habri'ande ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiracio'nde la vigencia de la po'liza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos me'dicos ocurridos exclusivamente durante la u'ltima vigencia de la po'liza. Esta extensio'nde cobertura dara' lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.  
" No se otorga restablecimiento automa'tico de la suma asegurada.  
" Definicio'nde Subl'imate: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pe'rdidatotal no constituye un valor adicional de indemnizacio'n.  
" Cla'usula de Revocacio'n: treinta (30) d'ias.  
" Aviso de Siniestro: treinta (30) d'ias.  
" Cla'usula de no renovacio'n ta'cita o automa'tica.  
" Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora esta' obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con e'ste producen los efectos previstos en el Co'digo de Comercio.

### EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen adema's las siguientes:

- " Asegurado contra Asegurado.
- " Reclamaciones por actos me'dicoselectivos para la reduccio'nde peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitu'ricos, sus componentes o derivados.
- " Reclamaciones por cirug'iabaria'trica, salvo para pacientes diagnosticados cl'inicamente con obesidad mo'r'bida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
- " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- " Reclamaciones por actos me'dicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de e'sta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
- " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
- " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Me'dicos (E&O), RC Servidores Pu'blicos, y RC Automotores.
- " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del pa'is de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
- " Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de veh'iculos terrestres, ae'reos y/o acua'ticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrira'nreclamos u'nicamentepor acciones y/u omisiones me'dicas que causen danos f'isicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
- " Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestio'ndel director me'dico y el personal administrativo de la institucio'n asegurada.
- " Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado este'tico final.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los dema'ste'rminos y condiciones de esta po'liza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

- " Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o esta' expresamente excluida de la po'liza.
- " Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

### AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdiccion y Legislacio'n Aplicable: Colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Art'iculo 1061 del Co'digo de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplira' con las garant'ias a continuacio'n mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garant'ia, da lugar a las sanciones que establece el art'iculo mencionado.

- " Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.
- " Llevar adecuado registro del servicio me'dicoprestado, en la historia cl'inica de consultorios externos, la institucional u'nicay en la historia cl'inicay/o ficha cl'inica de cada servicio. En la misma, el asegurado debera' anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuacio'ndel paciente, as' como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado cl'inico, realizando anamnesia, diagno'sticos, indicaciones, evolucion, epicrisis y cierre de la historia cl'inica en todos



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

10

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT** COD. AGENCIA: **660** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **1**

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	<b>RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.</b>	IDENTIFICACIÓN:	NIT	<b>805.027.337-4</b>
ASEGURADO:	<b>RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.</b>	IDENTIFICACIÓN:	NIT	<b>805.027.337-4</b>
BENEFICIARIO:	<b>TERCEROS AFECTADOS</b>	IDENTIFICACIÓN:	NIT	<b>001-8</b>

### TEXTO ITEM 1

- " Mantener protocolos quiru'rgicos y aneste'sicos, partograma, registros de monitoreo cardiolo'gicointraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia cl'inica anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.
- " Vigilar que cada historia cl'inica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto me'dico previo a la intervencio'n quiru'rgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendio'lo explicado por el me'dicotratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado debiera' tambie'n estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.
- " Mantener los equipos de diagno'stico o terape'utica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la pra'ctica me'dica e instrucciones del fabricante para su uso.
- " Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algu'n tratamiento o examen o servicio me'dico.



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS**

11

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600597246**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000002 ANEXO:4**

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
04	05	2020		09	05	2020	23:59	09	05	2021	23:59	04	05	2020	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			
												FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
								09	05	2020	23:59	09	05	2021	23:59	365
								VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.			
DIRECCIÓN: CALLE 72 U 28 F 00 POBLADO			
CIUDAD: CALI, VALLE			
IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4			
TELÉFONO: gloasan@hotmail.com			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.			
DIRECCIÓN: CALLE 72 U 28 F 00 POBLADO			
CIUDAD: CALI, VALLE			
IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4			
TELÉFONO: gloasan@hotmail.com			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS			
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: CALI			
DIRECCIÓN: CALLE 72U CRA 28E6 CRA 28F			
ACTIVIDAD: HOSPITAL			

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		150,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMVLV 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

TOMADOR: RED DE SALUD DE ORIENTE ESE  
ASEGURADOS: RED DE SALUD DE ORIENTE ESE  
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) RIESGO(S) O PREDIO(S) ASEGURABLE(S): Calle 72 Cra 28 F Cali  
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.  
VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:  
Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *2,500,000,000.00	\$ *****187,500,000	\$ *****15,000.00	\$ ***35,627,850	\$ *****223,142,850

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JAL SEGUROS LTDA	7260	100.00			

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

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000660059724 **FIRMA TOMADOR**

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

JHMOSQUERA 0



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 4

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

## CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V2 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.

## MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas por primera vez y reportadas y/o notificadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

## FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES A PARTIR DE MAYO 09 DE 2.017 SIEMPRE Y CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO (SEGÚN CORRESPONDA) DEMUESTRE INEQUÍVOCAMENTE QUE HA TENIDO COBERTURA DE MANERA ININTERRUMPIDA ENTRE LA FECHA ANTERIORMENTE CITADA Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA EN MODALIDAD DE COBERTURA CLAIMS MADE.

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

EN CASO DE PRESENTARSE INTERRUPCIÓN DE COBERTURA ENTRE LA FECHA ANTERIORMENTE CITADA Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES LA CORRESPONDIENTE AL INICIO DE VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA RENOVADA DE MANERA ININTERRUMPIDA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

## AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

" Responsabilidad Civil Profesional Médica durante el Transporte en Ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

" Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:

- o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
- o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- o Suministro de medicamentos.
- o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

## AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

" Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizará al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$25.000.000.

o Por Evento: COP \$70.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$20.000.000 vigencia.

" Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

" Gastos Médicos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

## ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Extensión del Periodo de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 4

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.  
 " No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.  
 " Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.  
 " Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.  
 " Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.  
 " Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.  
 " Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.  
 " Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.  
 " Todas las modificaciones, alteraciones y/o extensiones deberán ser acordadas con Aseguradora Solidaria de Colombia.  
 " Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado de responsabilidad y no son en adición a este.

## EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se excluyen además las siguientes:

" Asegurado contra Asegurado.  
 " Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.  
 " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.  
 " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.  
 " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.  
 " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.  
 " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.  
 " Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.  
 " Exclusión Enfermedad transmisible. Según texto Adjunto.

## EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:  
 " Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.  
 " Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

## AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

## GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 3. GARANTIAS del clausulado general de la póliza. El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

## DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.  
 " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible  
 " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV.

VALOR ASEGURADO: \$2.500.000.000

## EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:



## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 4

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

ASEGURADO: RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 805.027.337-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

- a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.



Cámara de Comercio de Cali  
CERTIFICADO MATRICULA AGENCIA  
Fecha expedición: 08 de Octubre de 2019 01:42:56 PM

15

Recibo No. 7377430, Valor: \$2.900

**CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0819V2RY5M**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://www.ccc.org.co) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición

**CERTIFICA**

Nombre: AGENCIA CALI LIMONAR  
Categoría: AGENCIA FORANEA

**CERTIFICA**

Dirección comercial: CALLE 9 NRO 62 A 35 BARRIO EL LIMONAR COMUNA 17  
Municipio: Cali-Valle  
Correo electrónico: [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co)  
Teléfono comercial 1: 5573715  
Teléfono comercial 2: No reportó  
Teléfono comercial 3: No reportó

**CERTIFICA**

Matrícula No.: 777069-2  
Fecha de matrícula : 22 de Octubre de 2009  
Último año renovado: 2019  
Fecha de renovación: 22 de Febrero de 2019

**CERTIFICA**

Actividad principal código CIIU: 6511  
Actividad secundaria código CIIU: 6512

**CERTIFICA**

NOMBRE DEL PROPIETARIO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA  
Nit.: 860524654 - 6  
DOMICILIO : Bogota Distrito Capital



### CERTIFICA

DOCUMENTO: DOCUMENTO PRIVADO DEL 09 DE ENERO DE 2018  
INSCRIPCION: 15 DE ENERO DE 2018 NÚMERO 90 DEL LIBRO VI

FUE (RON) NOMBRADO (S) :

ADMINISTRADOR  
KATERINE OCAMPO SOLIS  
C.C.38553543

### CERTIFICA

Por Escritura No. 2763 del 20 de Octubre de 2009 Notaria Cuarenta Y Tres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 27 de Enero de 2010 con el No. 11 del Libro V CONFIERE PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE AL DOCTOR GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, MAYOR DE EDAD, DOMICILIADO EN LA CIUDAD DE CALI, DE NACIONALIDAD COLOMBIANO, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 19.395.114 DE BOGOTÁ Y TARJETA PROFESIONAL NÚMERO 39.116 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA , PARA QUE REPRESENTÉ JUDICIAL Y ADMINISTRATIVAMENTE A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, SIN LÍMITE EN RELACIÓN CON LA CUANTÍA, EN LOS SIGUIENTES ACTOS: A) ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN DE QUE TRATA EL ARTÍCULO CIENTO UNO (101) DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL O CUALQUIER OTRA QUE LO SUSTITUYA DE LA JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON LAS FACULTADES DE CONCILIACIÓN DE QUE TRATA LA CITADA DISPOSICIÓN LEGAL. B) ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN QUE SE ADELANTE COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO TREINTA Y CINCO (35) DE LA LEY SEISCIENTOS CUARENTA (640) DE DOS MIL UNO (2001) Y NORMAS QUE LA SUSTITUYAN, ANTE LA JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA CON LAS FACULTADES DE CONCILIACIÓN DE QUE TRATAN LAS CITADAS DISPOSICIONES. C) ABSOLUCIÓN DE LOS INTERROGATORIOS DE PARTE A LOS QUE FUERE CITADO EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, EN LOS PROCESOS QUE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA SE ADELANTEN ANTE LA JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA, O, QUE ANTE ÉSTAS FUERE CITADO, COMO INTERROGATORIOS EXTRA PROCESALES. PARÁGRAFO: LOS PARÁMETROS DE CONCILIACIÓN ADOPTADOS DEBERÁN OBEDECER A LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR ESCRITO PARA EL EFECTO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA. SEGUNDO: CUALQUIER EXTRALIMITACIÓN DE LAS FACULTADES CONFERIDAS MEDIANTE EL PRESENTE PODER SOLO OBLIGARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS (1266) DEL CÓDIGO DE COMERCIO. VIGENCIA : LA VIGENCIA DEL PRESENTE PODER ES INDEFINIDA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE ESCRITURA PÚBLICA, SIN PERJUICIO DE QUE PUEDA SER REVOCADO EN CUALQUIER MOMENTO.



**CERTIFICA**

Demanda de:LUZ ADRIANA ENCARNACION MORA  
Contra:ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA  
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL  
Documento: Oficio Número1845 del 22 de JUNIO de 2015  
Origen: Juzgado 15 Civil Del Circuito De Oralidad  
Inscripción: 11 DE JULIO de 2015 Número 1517 del libro VIII

**CERTIFICA**

Por ACTA No. 270 del 29 de Julio de 2009 Junta Directiva ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de Octubre de 2009 con el No. 2707 del Libro VI ,La Sociedad Autorizó la apertura de una AGENCIA(S) en la ciudad de CALI

**CERTIFICA**

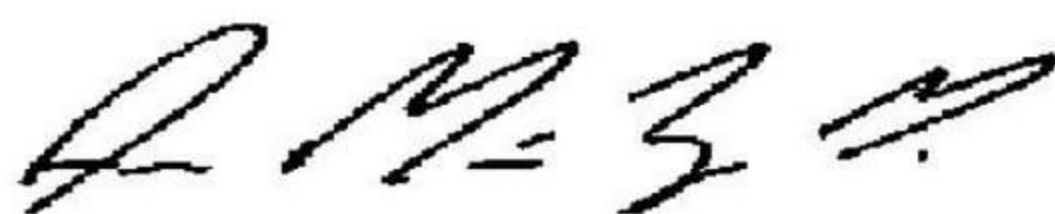
Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Dado en Cali a los 08 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2019 HORA: 01:42:56 PM







**Red de Salud del Oriente**  
 Empresa Social del Estado E.S.E  
 Municipio de Santiago de Cali  
 NIT. 805.027.337-4

18

E.P.L 110.55.28.163

Santiago de Cali, Abril 26 de 2019

Red de Salud del Oriente	
VENTANILLA UNICA	
Fecha	29 ABR 2019
Hora	8:20 am
Registro No.	73653
Radicado No.	017
No de Folios	8014
Redado por	

Señores

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**

NIT N° 860.002.400-2

L. C.

Ref: INFORME SOBRE NOTIFICACION DE SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACION PREJUDICIAL.

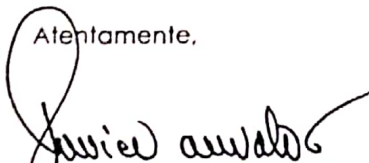
En atención al asunto de la referencia, me permito relacionar y aportar copia de solicitud de audiencia de conciliación prejudicial donde hemos sido convocados ante la Procuraduría. Lo anterior, con el fin de notificar formalmente el inicio de tales acciones a fin que se concorra en un futuro y en caso de ser necesario, el pago total o parcial de los perjuicios que se declaren probados y por los cuales se condene a la Red de Salud del Oriente E.S.E, de acuerdo a la póliza de responsabilidad civil extracontractual vigente a la fecha en que se sucedieron los hechos narrados en la convocatoria que a continuación relaciono


1. La Señora DANIELA QUINTERO VILLADA Y OTROS, mediante apoderado convoca a la Red de Salud del Oriente E.S.E, a audiencia de conciliación extrajudicial pretendiendo el pago de unos perjuicios, aduciendo una presunta falla en la prestación del servicio médico prestado a la Menor MARIANA MURCIA QUINTERO.

De la anterior información se aportan diecisiete folios (17).

Sin más particulares,


Atentamente,

  
**JAVIER AREVALO TAMAYO**  
 Gerente  
 Red de Salud del Oriente

  
 JAL SEGUROS NIT 800.706.184-8  
 Ingre. C. Figueroa  
 27/4

Copia: Jaime Alberto López – Corredor de Seguros  
 Sub Gerencia Administrativa y Financiera

*La Excelencia nos Compromete*

 **Red de Salud del Oriente**  
 VERDES y SALUDABLES  
 www.hospitalesporlasaludambiental.net

Dirección: Calle 72U No. 28F - 00 Barrio Poblado II  
 E-mail: redorientemcali.net.co, Sitio web: www.redorientemcali.gov.co  
 Teléfono: 437 77 77 Ext. 7178 - Cali, Colombia