

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**

**6600563305**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000001**

**ANEXO: 1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT**

COD. AGE: 660

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO  
**11 12 2017**

DIA MES AÑO HORAS  
**14 12 2017 23:59**

DIA MES AÑO HORAS  
**14 12 2018 23:59**

DIA MES AÑO  
**11 12 2017**

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO  
DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA  
**14 12 2017 23:59 14 12 2018 23:59 365**  
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**

DIRECCIÓN: **CARRERA 24A # 4-08**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TELÉFONO: **6080124**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**

DIRECCIÓN: **CARRERA 24A # 4-08**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TELÉFONO: **6080124**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

CIUDAD: **CALI**

DIRECCIÓN: **CARRERA 24A No. 4-8 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		250,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		150,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		100,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - M'inimo: 5.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO

**BENEFICIARIOS**

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **RED DE SALUD DE LADERA ESE**

ASEGURADO: **RED DE SALUD DE LADERA ESE**

UBICACION DEL RIESGO ASEGURABLE: **CRA 24 A # 4-08 CALI- VALLE**

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: **Prestacio'n de servicios de salud**

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: **TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES**

VIGENCIA: **Un ano a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.**

**OBJETO DEL SEGURO:**

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Me'dicaa las Cl'inicas,Hospitales y Centros Me'dicos, en consideracio'na 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 L'imites y sublimites Asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes Condiciones:

**CONDICIONES GENERALES:**

VALOR ASEGURADO TOTAL: <b>\$ ***500,000,000.00</b>	VALOR PRIMA: <b>\$ *****63,360,000</b>	GASTOS EXPEDICION: <b>\$ ****15,000.00</b>	IVA: <b>\$ ***12,041,250</b>	TOTAL A PAGAR: <b>\$ *****75,416,250</b>
---	---	---	---------------------------------	---

**INTERMEDIARIO**

**COASEGURO CEDIDO**

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JUAN PABLO CALDERON ALVARADO	3909	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 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)00000000007000660056330

**FIRMA TOMADOR**

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

LECAMACHO 0

C8DE2078090AF97F5F

CLIENTE

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/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: **994000000001** ANEXO: **1**

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**  
ASEGURADO: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** 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'inicas,hospitales y centros me'dicosasegurados, 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 per'iodo veinticuatro (24) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habr'iendo 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'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'ia bariatrica, 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 acu'a'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.
- " 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'dico prestado, en la historia cl'inica de consultorios externos, la institucional u'nicay en la historia cl'inica y/o ficha cl'inica de cada servicio. En la misma, el asegurado debera' 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'inico, realizando anamnesia, diagn'o'sticos, indicaciones, evolucion, epicrisis y cierre de la historia cl'inica 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'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'dico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado debera' tambie'n estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

" Mantener los equipos de diagn'o'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 para que se practique algu'n tratamiento o examen o servicio me'dico.

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

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **ROOSEVELT** COD. AGENCIA: **660** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000001** ANEXO: **1**

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**  
ASEGURADO: **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **805.027.289-9**  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### TEXTO ITEM 1

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

#### MODALIDAD DE COBERTURA:

La po'lizaopera bajo el sistema de aseguramiento base reclamacio'nClaims-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 po'lizaen sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la po'liza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

#### RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la po'lizaque se otorga sera'a partir de Diciembre 14 de 2016. No existira'responsabilidad con respecto a cualquier reclamacio'nque sea ocasionada o este'conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra po'lizade seguro realizada previamente al inicio de esta po'liza; y que surja o este'en conexio'ncn cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta po'liza.

#### DEDUCIBLES:

- " Gastos Me'dicos: sin aplicacio'n de deducible.
- " Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicacio'n de deducible.
- " Dema's Eventos: 10 % del valor de la pe'rdida, m'inimo 5 SMMLV.

#### AMPARO BASICO:

- " Responsabilidad civil profesional me'dica: l'imitedel 100% del valor asegurado de la po'lizapor evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " R c profesional me'dicadurante transporte en ambulancia: l'imitedel 100% del valor asegurado de la po'lizapor evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " Responsabilidad civil general; l'imate del 100% del valor asegurado de la po'liza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades me'dicas.
- " Posesio'n y el uso de aparatos y equipos me'dicos con fines de diagno'stico o de terape'utica.
- " Suministro de medicamentos
- " Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales me'dicos, quiru'rgicos o dentales.

#### AMPAROS ADICIONALES:

- Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignacio'n en la caratula de la po'liza.
- " Gastos de Defensa: Sublimite del 20% del valor asegurado de la po'liza, en el agregado vigencia, distribuido, as'i;
- Por proceso; \$15.000.000 / por Evento \$50.000.000.
- " Costos para la constitucio'n de Caucciones Judiciales: Sublimite de \$20.000.000 por evento/ vigencia.
- " Costas del proceso segu'n fallo judicial: Segu'n texto clausulado general Aseguradora Solidaria.
- " Gastos Me'dicos: Sublimite del 5% del valor asegurado de la po'lizapor evento, y del 10% del valor asegurado de la po'lizapor vigencia.
- " Amparo de Equipos Especiales: Sublimite del 50% del valor asegurado de la po'lizapor evento, y del 100% del valor asegurado de la po'liza por vigencia.
- Para que se otorgue este amparo es necesario que las cl'inicas, hospitales y centros me'dicos asegurados:
- a) Incluyan la descripcio'n e identificacio'n de los equipos en caratula de la po'liza o en la solicitud de seguro.
- b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realizacio'nde los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
- c) Ejerczan un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad
- Este amparo sera'procedente cuando el hecho generador de los danos materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta po'liza.
- Se cubren tambie'nmediante este amparo, hasta el l'imateindicado en la cara'tulade esta po'liza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesio'n,uso y aplicacio'na pacientes de los equipos.
- " Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublimite del 30% del valor asegurado de la po'lizapor evento, y del 50% del valor asegurado de la po'lizapor vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesio'npersonal o dano material amparados por la po'liza,tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliacio'navalados por la Aseguradora. En Danos Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiolo'gicosy los Danos a la Vida en Relacio'n. Dentro del mismo sublimite se incluye el lucro cesante.

#### PERSONAL ASEGURADO:

GRUPO A  
DEMAS MEDICOS 113  
ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS 5

Me'dicos Grupo A: personal me'dico bajo relacio'n laboral, de acuerdo a su especializacio'n  
Me'dicos Grupo B: personal me'dico autorizado, para ejercer su profesio'n dentro del establecimiento me'dico.

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