



**COOEMSSANAR IPS**  
**NIT 900077584-5**

DEAPJR\*19DEC- 5AM18:41

Señores

**JUZGADO CATORCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI**

**E. S. D.**

**REFERENCIA: MEDIO DE CONTROL REPARACION DIRECTA**  
**DEMANDANTE: KATERINE MORALES MOLINA Y OTROS**  
**DEMANDADO: COOEMSSANAR IPS Y OTROS**  
**RADICACION: 76001333301420190017500**  
**ASUNTO: LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

**EDWAR AUGUSTO GUTIERREZ CANO**, Abogado en Ejercicio, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 16.933.136 y con Tarjeta Profesional de Abogado número 144.509 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de apoderado en representación legal y judicial de la empresa **COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD COOEMSSANAR IPS**, identificada con el NIT # **900077584-5** de la Cámara de Comercio de Pasto, y con fundamento en los artículos 64, 66 y ss del Código General del Proceso y el Artículo 225 de la Ley 1437 de 2011, manifiesto a su Despacho que proceso a **LLAMAR EN GARANTIA A LA ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S.A.**, identificada con el NIT # 860039988-0, representada legalmente para diligencias judiciales y extrajudiciales por la señora **MARIANELLA VILLEGAS** o quien haga sus veces, con domicilio en Bogotá y recibe notificaciones en la Calle 72 # 10-07 de Bogotá. Lo anterior con fundamento en la póliza 427345, para que una vez notificados de este llamamiento en garantía comparezcan a estar dentro del presente proceso en razón de lo siguiente:

### **HECHOS**

**PRIMERO:** la señora **KATERINE MORALES MOLINA Y OTROS**, interpusieron demanda de reparación directa ante su Despacho por hechos ocurridos a partir de Enero 2015.

**SEGUNDO:** LA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD COOEMSSANAR IPS, identificada con el NIT # 900077584-5, constituyo la póliza 427345, con vigencias desde el día 26 de septiembre de 2014 hasta el día 26 de septiembre de 2015, 17 de septiembre de 2015 hasta el día 17 de septiembre de 2016, 17 de septiembre de 2016 hasta el día 17 de septiembre de 2017, donde se establece claramente en la primera página como asegurado a mi representada y se ampara la responsabilidad civil derivada de los errores y omisiones cometidos por profesional médico vinculado con la



**COOEMSSANAR IPS**  
**NIT 900077584-5**

institución dentro del desarrollo de su actividad médica.

### **PETICION**

Con base en lo anterior solicito respetuosamente:

1. Aceptar el presente llamamiento en garantía de la empresa ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S.A., identificada con el NIT # 860039988-0, representada legalmente para diligencias judiciales y extrajudiciales por la señora MARIANELLA VILLEGAS o quien haga sus veces, con domicilio en Bogotá y recibe notificaciones en la Calle 72 # 10-07 de Bogotá.
2. Citar a la ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S.A., identificada con el NIT # 860039988-0, para que dentro del término legal y una vez admitido el presente, intervenga dentro del proceso de la referencia, con las facultades y para los fines expresos del llamamiento. Especialmente para que responda económicamente en representación de la COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD COOEMSSANAR IPS, identificada con el NIT # 900077584-5, conforme a lo pactado en la póliza 427345. Lo anterior, en caso de existir una sentencia condenatoria en contra de mi representada.
3. Suspender el trámite de la demanda de la referencia, a partir de la admisión del presente llamamiento en garantía, por el término y para los fines de ley, con las facultades y para los fines expresos del llamamiento en garantía.
4. Se tenga en cuenta la presente solicitud del presente llamamiento en garantía, al momento de dictar la correspondiente sentencia judicial

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Artículos 64, 66 y ss del Código General del Proceso y el Artículo 225 de la Ley 1437 de 2011.

En el caso específico que nos ocupa, es clara la existencia de la póliza 427345, donde el asegurado es COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD COOEMSSANAR IPS y el asegurador es la ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S.A., identificada con el NIT # 860039988-0, y donde se desprende la posibilidad legal de hacer el presente llamamiento.

La relación legal o contractual a que se refiere la norma, claramente existe y da el derecho a mi representada, en el eventual caso de sufrir perjuicios o de ser condenada a los pagos mediante el proceso de la referencia, para exigir de su



**COOEMSSANAR IPS**  
**NIT 900077584-5**

aseguradora la indemnización de los mismos o el reembolso de los dineros que se le condene a pagar.

### **PRUEBAS**

- Copia de las pólizas 427345, con vigencias desde el día 26 de septiembre de 2014 hasta el día 26 de septiembre de 2015, 17 de septiembre de 2015 hasta el día 17 de septiembre de 2016, 17 de septiembre de 2016 hasta el día 17 de septiembre de 2017.
- El poder debidamente conferido a mi favor y el certificado de existencia y representación legal de la COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD COOEMSSANAR IPS, fueron aportados junto con la contestación de la demanda.

### **NOTIFICACIONES**

- Mi poderdante, en la Calle 5ta # 19-12 Barrio Libertadores de Cali, Teléfonos 5129200.
- El suscrito, en la Calle 5ta # 19-12 Barrio Libertadores de Cali, Teléfonos 5129200 EXT 13416. Email; [edwargutierrez@emssanar.org.co](mailto:edwargutierrez@emssanar.org.co)
- ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S.A., identificada con el NIT # 860039988-0, representada legalmente para diligencias judiciales y extrajudiciales por la señora MARIANELLA VILLEGAS o quien haga sus veces, con domicilio en Bogotá y recibe notificaciones en la Calle 72 # 10-07 de Bogotá

Del señor Juez

**Atentamente,**

**EDWAR AUGUSTO GUTIÉRREZ CANO**  
**C.C. N° 16.933.136**  
**T.P. N° 144.509 del C. S. de la J.**

| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | Seclap |
|------|------|--------|-------|--------|
| 114  | LB   | 427345 | 2     |        |



**Liberty**  
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

**POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE**

**PAG.: 1**

**ANEXO DE RENOVACION**

**Ciudad y fecha de expedición**

BOGOTÁ, D.C. - 2014-09-05

**Clave Intermediario**

**Vigencia** Desde: 2014-09-26 00:00.- Hasta: 2015-09-26 24:00. Fecha de Novedad 2014-09-26 30455 - DARO LTDA, ASESOR

**Tomador** : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "CODEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5  
**Dirección** : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO **Teléfono:** 000000000001

**Asegurado** : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "CODEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5  
**Dirección** : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO **Teléfono:** 000000000001

**Beneficiario:** TERCEROS AFECTADOS Y/O ESE MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR.

**Dirección del Riesgo:** INSTALACIONES DE CODEMSANAR

PASTO

**Actividad:** HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

**CONDICIONES GENERALES:** MARZO 31 DE 2013

| AMPARO                         | VR. ASEGURADO                | DEDUCIBLE                   | PRIMA                           |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 412,000,000.00 COP           | 10 % Mínimo 4,000,000 Pesos | 22,000,388.00                   |
| <b>PRIMA: COP</b>              | <b>22,000,388.00 GASTOS:</b> | <b>IVA: COP</b>             | <b>3,520,062 VALOR A PAGAR:</b> |
|                                |                              |                             | <b>25,520,450</b>               |

**OBJETO DE LA MODIFICACION:**

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR PROFESIONAL MEDICO VINCULADO CON LA INSTITUCION, DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA.

**DEDUCIBLES:** 10% MINIMO \$4.000.000 BASICO - 10% MINIMO 25MMLV GASTOS DE DEFENSA.

**SUBLIMITES:**

SUBLIMITE POR EVENTO \$206.000.000 EVENTO

SUBLIMITE PARA DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS \$100.000.000/EVENTO \$200.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$30.000.000/EVENTO \$60.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIA CON FINES DE DIAGNOSTICO \$200.000.000/EVENTO \$400.000.000/VIGENCIA

**EXCLUSIONES:** CUALQUIER TIPO DE HURTO, DAÑOS PUROS FINANCIEROS, DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO ANGSTIA MENTAL, RC

PROFESIONAL POR CÍRUGIA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR

A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS. EN ESTE ÚLTIMO EVENTO, EN TODO CASO, QUEDAN EXCL

EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN.

CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACIÓN DEL BANCO DE SANGRE.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (ART. 1068. C.Co).



11243381 2

| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | Seclmp |
|------|------|--------|-------|--------|
| 114  | LB   | 427345 | 2     |        |



**Liberty**  
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

**POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE**

PAG.: 2

**Ciudad y fecha de expedición**

BOGOTÁ, D.C. - 2014-09-05

**Vigencia** Desde: 2014-09-26 00:00,- Hasta: 2015-09-26 24.00. Fecha de Novedad 2014-09-26 30455 - DARO LTDA, ASESOR

**Clave Intermediario**

**Tomador** : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5  
**Dirección** : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Telefono: 000000000001

**Asegurado** : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5  
**Dirección** : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Telefono: 000000000001

**Beneficiario**: TERCEROS AFECTADOS Y/O ESE MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR.

**Dirección del Riesgo**: INSTALACION DE COOEMSANAR

PASTO

**Actividad**: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

**CONDICIONES GENERALES**: MARZO 31 DE 2013

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A Nit. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, Nit. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLD E INVERFAS, Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑIA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con Nit 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) y también pueden ser solicitadas a [atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com) o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.



11243382 4

| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | Señal |
|------|------|--------|-------|-------|
| 14   | LB   | 427345 | 2     |       |



**Liberty**  
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

**POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE**

PAG.: 3

**ANEXO DE RENOVACION**

**Ciudad y fecha de expedición**

BOGOTÁ, D.C. - 2014-09-05

**Clave Intermediario**

**Vigencia** Desde: 2014-09-26 00:00.- Hasta: 2015-09-26 24.00. Fecha de Novedad 2014-09-26 30455 - DARO LTDA. ASESOR

**Tomador** : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "CODEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5  
**Dirección** : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Telefono: 0000000000001

**Asegurado** : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "CODEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5  
**Dirección** : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Telefono: 0000000000001

**Beneficiario**: TERCEROS AFECTADOS Y/O ESE MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR,

**Dirección del Riesgo**: INSTALACIONES DE CODEMSANAR

PASTO

**Actividad**: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

**CONDICIONES GENERALES**: MARZO 31 DE 2013

Sucursal G N E Y CIA LTD - CRA. 11 N. 71-40 OF. 702 Tel. 2127063  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra pagina [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) en el Link :  
Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de  
Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 9 a.m. a  
8 p.m. Si lo prefiere escribanos a [servicioalcliente@libertycolombia.com](mailto:servicioalcliente@libertycolombia.com)

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050  
en resto del país al 018000113569 / 018000113390.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR



11243383 6

*[Handwritten Signature]*  
LIBERTY SEGUROS S.A.  
Firma Autorizada



|      |      |        |       |        |
|------|------|--------|-------|--------|
| Sig. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 124  | LB   | 427345 |       | 3      |



NIT. 860.039.988-0

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

PAG.: 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y Fecha de expedición

BOGOTÁ, D.C. - 2015-09-18

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2015-09-17 00:00. - Hasta: 2016-09-17 24:00. Fecha de Novedad 2015-09-17 91572 - MP AGENCIA DE SEG

Tomador : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS", Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Teléfono: 000000000001

Asegurado : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS", Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Teléfono: 000000000001

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: INSTALACIONES DE COOEMSANAR

PASTO

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: MARZO 31 DE 2013

| AMPARO                         | VR. ASEGURADO      | DEDUCTIBLE                  | PRIMA         |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 412,000,000.00 COP | 10 % Mínimo 4,000,000 Pesos | 27,000,031.00 |

PRIMA: COP 27,000,031.00 GASTOS: IVA: COP 4,320,005 VALOR A PAGAR: 31,320,036

OBJETO DE LA MODIFICACION:

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR EL PROFESIONAL MEDICO VINCULADO LA INSTITUCION, DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA.

SUBLIMITE POR EVENTO \$306.000.000/EVENTO

SUBLIMITE PARA DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS \$100.000.000/EVENTO \$200.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$30.000.000/EVENTO \$60.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIA CON FINES DE DIAGNOSTICO \$200.000.000/EVENTO \$400.000.000/VIGENCIA

EXCLUSIONES:

CUALQUIER TIPO DE HURTO - LOS DAÑOS PURAMENTE FINANCIEROS - DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA

RECONSTRUCTIVA ANTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA DE ANOMALIDADES CONGENITAS. ESTE ULTIMO EVENTO, EN TODO CASO, QU

EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION. CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL DERIV LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE Y DEMAS SEGUN CLAUSULADO.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO. LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCAISION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (ART. 1068. C.Co.).

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A. Nit. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Nit. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada,



11852616 7

| Sic. | Ramo | poliza | Anexo | SegInp |
|------|------|--------|-------|--------|
| 114  | LB   | 427345 | 3     |        |



**Liberty**  
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

**SOLICITA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE**

PAG. 2

*Ciudad y fecha de expedición:*

BOGOTÁ, D.C. - 2015-09-18

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2015-09-17 00:00. - Hasta: 2016-09-17 24:00. Fecha de Novedad 2015-09-17 91572 - MP AGENCIA DE SEG

Tomador : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS", Nit.: 900.077.584-5  
Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Teléfono: 0000000000001

Asegurado : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS", Nit.: 900.077.584-5  
Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Teléfono: 0000000000001

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: INSTALACIONES DE COOEMSANAR

PASTO

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES, MARZO 31 DE 2013

almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro, 2) para la ejecución del presente contrato de seguro, 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros, 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o resseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a PARBOLLA E INVERFAS. Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑIA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con Nit 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) y también pueden ser solicitadas a [atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com) o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1591 de 2013 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada, c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales, d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respetan los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, f) acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responda y respete su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Sucursal G N B Y CIA LTD - CRA. 11 N. 71-40 OF. 702 Tel. 3127063

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



11852617 9



| Soc. | Ramo | Poliza | Anexo | SecIng |
|------|------|--------|-------|--------|
| LIB  | LB   | 437345 |       | 3      |



NIT. 860.039.988-0

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MAKE

PAG. 3

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y Fecha de expedición

BOGOTÁ, D.C. - 2015-09-16

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2015-09-17 00:00. - Hasta: 2016-09-17 24:00. Fecha de Renovación 2015-09-17 91572 - ME AGENCIA DE SES

Tomador : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMESANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Teléfono: 000000000001

Asegurado : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMESANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA Ciudad: PASTO Teléfono: 000000000001

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: INSTALACIONES COOEMSANAR

PASTO

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES, MARZO 31 DE 2013

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) en el Link :  
Los productores/Generales y Planes/Clausulador de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de  
Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a  
8 p.m. Si lo prefiere escribanos a [servicioalcliente@libertycolombia.com](mailto:servicioalcliente@libertycolombia.com)

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050  
en resto del país al 018000115569 / 018000113390.

TOMADOR

LIBERTY SEGUROS S.A.  
Firma Autorizada



11852618 1



**Liberty**  
Seguros S.A.

Bogotá D.C, 30 de Septiembre de 2016

COOEMSSANAR IPS  
NIT .900.077.584-5

DEBE A:

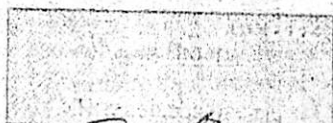
LIBERTY SEGUROS S.A.  
NIT 860.039.988-0

LA SUMA DE:  
TREINTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL NUEVE PESOS MLC.  
(\$31.320.009).

POR CONCEPTO DE EXPEDICIÓN DE LA SIGUIENTE POLIZA:

| RAMO | POLIZA | ANEXO | VALOR        |
|------|--------|-------|--------------|
| LB   | 427345 | 4     | \$31.320.009 |

Cordialmente,



CARLINA BOLIVAR M.  
Cartera  
ADN114  
Liberty Seguros S.A.

18 OCT 2016  
JUAN MANUEL  
Jefe de Cartera

COOEMSSANAR IPS  
19/09/16 8.300

Suc. Ramo poliza Anexo SecImp  
114 LB 427345 4 2



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

ORIGINAL

PAG.: 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedición

BOGOTÁ, D.C. - 2016-09-28

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2016-09-17 00:00. Hasta: 2017-09-17 24:00. Fecha de Novedad 2016-09-17 91572 - MP AGENCIA DE SEG

Tomador : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSSANAR IPS", Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA

Ciudad: PASTO

Teléfono: 000000000001

Asegurado : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSSANAR IPS", Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA

Ciudad: PASTO

Teléfono: 000000000001

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: INSTALACIONE COOEMSSANAR

PASTO

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: MARZO 31 DE 2013

| AMPARO                         | VR.ASEGURADO          | DEDUCIBLE                   | PRIMA                     |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 412,000,000.00 COP    | 10 % Mínimo 4,000,000 Pesos | 27,000,008.00             |
| PRIMA: COP                     | 27,000,008.00 GASTOS: | IVA: COP 4,320,001          | VALOR A PAGAR: 31,320,009 |

OBJETO DE LA MODIFICACION:

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR EL PROFESIONAL MEDICO VINCULADO CON LA INSTITUCION DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA.

SUBLIMITE POR EVENTO \$206.000.000/EVENTO

SUBLIMITE PARA DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS \$100.000.000/EVENTO \$200.000.000/VIGENCIA.

SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$30.000.000/EVENTO \$60.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIA CON FINES DE DIAGNOSTICO

\$200.000.000/EVENTO \$400.000.000/VIGENCIA

EXCLUSION: CUALQUIER TIPO DE KURTO, DAÑOS FUROS FINANCIEROS, DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL,

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SALVO QUE DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA RECONSTR TIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, EN ESTE ULTIMO EVENTO, EN TODO CASO, QUEAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION. CUALQUIER RESPONSA BILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO, (ART. 1068. C.Co),

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A Nit. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, Nit. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos amañados del proceso de suscripción, sea compilada,

GJTKSQ03GBLL4AVU5KWFJH2WJM\*\*\*\*\*

SOLAS GRANDES CONTRIBUYENTES ACT. ECONOMICA 8801.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
|------|------|--------|-------|--------|
| 114  | LB   | 427345 | 4     | 2      |



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

ORIGINAL

PAG.: 3

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedición

BOGOTÁ, D.C. - 2016-09-28

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2016-09-17 00:00.- Hasta: 2017-09-17 24.00. Fecha de Novedad 2016-09-17 91572 - HP AGENCIA DE SEG

Tomador : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA

Ciudad: PASTO

Teléfono: 000000000001

Asegurado : COOPERATIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS DE SALUD EMSSANAR IPS LTDA "COOEMSANAR IPS". Nit.: 900.077.584-5

Dirección : CALLE 11 No. 29-27 B/LA AURORA

Ciudad: PASTO

Teléfono: 000000000001

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: INSTALACIONES DE COOEMSANAR

PASTO

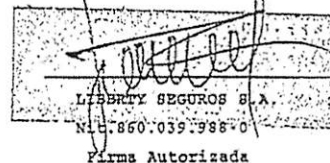
Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: MARZO 31 DE 2013

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) en el Link : Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m. Si lo prefiere escribanos a [servicioalcliente@libertycolombia.com](mailto:servicioalcliente@libertycolombia.com)

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050 en resto del país al 018000115569 /018000113390.

TOMADOR



GJTKSQ03GBLL4AVU5KWFJH2WJH=====

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES ACT. ECONOMICA 6601.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

|                                                                                   |                                                          |                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
|  | <b>FORMATO SOLICITUD GESTION DE GASTOS E INVERSIONES</b> | VERSION:<br>0         | EDICION:<br>Junio 2015 |
|                                                                                   |                                                          | CODIGO:<br>FUC-GPR-01 | Página 1 de 1          |

**FSGG: No 16806**

SOLICITANTE: **Magda Johana Burbano Villa** AREA: **GERENCIA GENERAL**  
 FECHA SOLICITUD: **11-10-2016** UNIDAD DE NEGOCIO: **EPS**  
 REGIONAL: **NARINO - PUTUMAYO**

**1. TIPO DE GASTO O BIEN SOLICITADO:**

GERENCIA GENERAL: **GASTO CORPORATIVO**

- Gasto corporativo: REGIMEN: **Subsidiado**

**2. DESCRIPCION DEL GASTO/INVERSION:**

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL LB POLIZA 427345 ANEXO 4 \$31.320.009 LIBERTY SEGUROS COOEMSSANAR IPS

**3. ESPACIO DILIGENCIADO POR EL GESTIONADOR:**

Gestionador: **LINA EUGENIA SANTACRUZ**  
 Area Gestionadora: **GERENCIA GENERAL** Fecha Gestion: **12-10-2016**  
 Valor Cotizado: **\$31.320.009** Proveedor Seleccionado: **LIBERTY SEGUROS**  
 Cuenta Consultada: **RESPONSABILIDAD CIVIL Y EXTRA** Plazo de Pago: **30 dias**

Saldo anterior: **\$54.120.009** Codlgo cuenta: **51203011**

No existe disponibilidad Presupuestal se aprueba: **SI**

Traslado entre rubros: **X**

**4. UNIDAD DE NEGOCIO QUE ASUME EL GASTO/INVERSION: COOIPS**

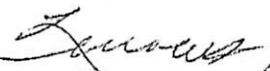
Adicion presupuestal:  
REGIONAL: **NARINO - PUTUMAYO**

FECHA ACEPTACION ORDENADOR: **13-10-2016**



ORDENADOR DEL GASTO

Nota: *El formato de Solicitud de Gestion de Gastos e Inversiones es de obligatorio diligenciamiento para los rubros definidos por la organizacion, y debe hacerse previo a la compra efectiva del bien o servicio.*



FIRMA GESTIONADOR



JUAN MANUEL FUERTES M.