

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

5606555885

PÓLIZA No: 560 -80 - 994000000293

ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

DIA MES AÑO
24 02 2021

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2021 23:59

COD. AGE: 560

RAMO: 80 PAP:

DIA MES AÑO HORAS
28 11 2021 23:59

DIA MES AÑO
25 02 2021

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

VIGENCIA DEL ANEXO
DIA MES AÑO HORAS
28 02 2021 23:59

VIGENCIA DEL ANEXO
DIA MES AÑO HORAS DIAS
28 11 2021 23:59 273

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**
DIRECCIÓN: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETA**

TELÉFONO: **(8) 4343509**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**
DIRECCIÓN: **DIAG. 20 NO. 7-93 (FLORENCIA)**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETA**

TELÉFONO: **(8) 4343509**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA** NIT: **891180098**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETA**

CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCION: **DIAGONAL 20 No. 7-29 HOSPITAL MARIA INMACULADA**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD OFICIAL**

TIPO EDIFICIO: **EDIFICIO (S)**

TIPO DE RIESGO: **ESTATAL**

MANZANA: **19-8**

DESCRIPCION **AMPAROS**

PATRIMONIO DEL ASEGURADO
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

\$ **1,000,000,000.00**
1,000,000,000.00

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

BENEFICIARIOS
NIT **001 - TERCEROS AFECTADOS**

CONDICIONES GENERALES: Para efectos de este seguro, el clausulado que opera es el del seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual de la forma 02/10/2020-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-30-DR01 - V.1 - El clausulado citado lo puede consultar en: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/PJ/PymesEmpresas/Infraestructura/cia-pj-sp-inf-raestructura-seguro-rce-29102020.pdf>

SEDES ASEGURADAS:

CALLE 3 D NO 8-06 BARRIO PUEBLO NUEVO
CARRERA 3 NO 5-21 SECTOR CENTRAL
CARRERA 6 NO 6-62 SECTOR CENTRAL
DIAGONAL 20 NO 7-29 / DIAGONAL 20 NO 7A-29
CARRERA 3 NO 4-10 / CALLE 3-13 SECTOR CENTRAL

1. OBJETO DEL SEGURO

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***1,000,000,000.00**

VALOR PRIMA:
\$ *******2,228,832**

GASTOS EXPEDICION:
\$ *******15,003.00**

IVA:
\$ *******426,329**

TOTAL A PAGAR:
\$ *******2,670,164**

INTERMEDIARIO

NOMBRE

CLAVE
8714

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

COASEGURO CEDIDO

%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 ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.



FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)0000000000700056065588

FIRMA TOMADOR

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

Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** DATOS DE LA POLIZA
 COD. AGENCIA: 560 RAMO: 80 No PÓLIZA: 994000000293 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**
 ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**
IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sufra el HOSPITAL MARIA INMACULADA como consecuencia de la Responsabilidad Civil Extracontractual originada dentro o fuera de sus instalaciones, en el desarrollo de sus actividades o en lo relacionado con ella, lo mismo que los actos de sus empleados y funcionarios dentro y fuera del territorio nacional. Nota: Se entenderán como terceros todas y cada una de las personas que circulen, ingresen, accedan o se encuentren en los predios de asegurado, independientemente que el asegurado le esté prestando un servicio objeto de su razón social, bajo la MODALIDAD DE OCURRENCIA.

CONDICIONES OBLIGATORIAS

Todos las cláusulas que otorgan coberturas de gastos adicionales, operan sin aplicación de deducibles.
 La Presente póliza opera igualmente en exceso de los amparos de responsabilidad civil contratados en el seguro de automóviles.
 Los oferentes deben tener en cuenta para la elaboración de la propuesta, que las condiciones, coberturas básicas para las cuales no se indique sublímite, operaran al 100% del valor asegurado

4. AMPAROS OBLIGATORIOS

Actividades deportivas, eventos sociales y culturales dentro o fuera de los predios. NO
 Avisos, vallas y letreros dentro y fuera de los predios. NO
 Actos de empleados temporales, transitorios SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 Contaminación Accidental súbita e imprevista. (Excluye contaminación paulatina). SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 Contratistas y Subcontratistas independientes. Esta cobertura opera en exceso de las pólizas del contratista o subcontratista. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 Daño Moral NO
 Daños y Lesiones que se causen a bienes y a terceros durante la realización de algun evento, capacitacion, conferencias, etc., durante la vigencia de la poliza. NO
 Daños y Hurto de vehículos de terceros y funcionarios en predios del asegurado SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 "GASTOS DE DEFENSA: La Compañía responderá por la suma asegurada, en los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan en su contra o la del asegurado, con las salvedades siguientes:
 Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente señalada en las exclusiones de la póliza.
 Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa de la compañía, y si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede la suma que delimita la responsabilidad de la Compañía, ésta sólo responderá por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización" SI - Sublímite \$50.000.000 evento y \$100.000.000 vigencia.
 "Gastos médicos, hospitalarios y traslado de víctimas incluyendo personal del asegurado.
 La compañía cubre, con sujeción a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen por concepto de primeros auxilios inmediatos, servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermedades y drogas, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros en desarrollo de las actividades específicamente amparadas bajo las condiciones particulares de la presente póliza. El amparo que mediante esta sección se otorga es independiente del de Responsabilidad y por consiguiente, los pagos que por dicho concepto se realizan, en ningún caso pueden ser interpretados como aceptación tácita de responsabilidad. " SI - Sublímite \$50.000.000 evento y \$100.000.000 vigencia.
 No subrogación a favor de empleados o contratistas NO
 Pagos Suplementarios (Presentación de cauciones, Condena en costas e intereses de mora acumulados a cargo del asegurado, demás gastos razonables). SI - Sublímite 20% del límite asegurado evento/vigencia.
 Participación del asegurado en Ferias y exposiciones Nacionales y Eventos relacionados con su objeto social NO
 Posesión, uso y mantenimiento de depósitos, tanques y tuberías, ubicados o instalados dentro de los predios del asegurado. NO
 Predios labores y operaciones, (incluyendo daño y/o perjuicio patrimonial o extrapatrimonial) NO
 Operaciones de transporte, cargue y descargue bienes y mercancías, incluyendo aquellos de naturaleza azarosa o inflamable NO
 Productos y trabajos terminados: La cobertura del amparo abarca de manera general para la producción, fabricación, suministro o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, para resarcir los daños si estos se producen después de la entrega del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación; en ese sentir, como objetivo misional la Entidad, realiza proyectos y planes y ejecuta actividades, que de una manera u otra, pueden eventualmente afectar a un tercero. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 Cualquier gasto que legalmente deba pagar el asegurado, por la responsabilidad que llegare a imputársele en su calidad de propietario, arrendatario o poseedor NO
 Responsabilidad civil parqueaderos, incluyendo daños y/o hurto y/o hurto calificado a vehículos y sus accesorios de terceros y funcionarios en predios del asegurado. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 Responsabilidad Civil Cruzada (Esta cobertura opera en exceso del valor indemnizado por las pólizas de los contratistas o subcontratistas). El oferente debe contemplar la extensión de la cobertura para aplicar a la responsabilidad civil entre contratistas, dentro del desarrollo de actividades, labores y operaciones para el Hospital maria inmaculada, siempre y cuando la responsabilidad sea o pueda ser imputable a la misma. SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
 Responsabilidad civil del asegurado frente a familiares de los trabajadores. Queda expresamente convenido y acordado que para efectos de este seguro se entenderán como terceros los familiares del personal del asegurado, siempre y cuando los mismos no tengan relación contractual con la Entidad. De igual forma para los efectos de este seguro los niños, niñas y adolescentes, se consideraran terceros.
 NO

68

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560 RAMO: 80 No POLIZA: 99400000293 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Responsabilidad civil generada por un incendio y/o explosión. NO
Responsabilidad Civil Patronal en exceso de la seguridad social SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
Responsabilidad civil por daños, lesiones o muerte a terceros por bienes refrigerados SI - Sublímite 50% del límite asegurado evento/vigencia.
"Responsabilidad civil por daños a bienes de empleados y visitantes, excluyendo dineros y joyas. Para que la cobertura opere se requiere demostrar el ingreso del bien al inmueble a través del registro en portería o mediante cualquier otro medio idóneo. " 15% del valor asegurado evento/vigencia
Responsabilidad civil por el uso y/o posesión de vehículos propios y no propios, en exceso del límite contratado en la póliza de automóviles y el SOAT, incluidos los vehículos de los funcionarios en desarrollo de actividades para el asegurado. SI - Sublímite 30% del límite asegurado evento/vigencia.
Responsabilidad civil derivada de montajes, construcciones y obras civiles para el mantenimiento, reparación o ampliación de predios NO
Responsabilidad Civil generada por un incendio y/o explosión. NO
Restaurantes, casinos, campos deportivos y cafeterías. NO
Suministro de Alimentos y bebidas a terceros por el asegurado, por contratistas, o por subcontratistas. NO
Uso de armas de fuego y errores de puntería por parte de escoltas, vigilantes, funcionarios, celadores y firmas especializadas; al igual que por el uso de perros guardianes. Nota: En caso de firmas externas, esta cobertura operará en exceso de la póliza exigida para la empresa de vigilancia. R.C. Decreto 356/94 NO
Uso de ascensores, elevadores, escaleras automáticas, montacargas, grúas, puentes grúas, equipos de trabajo y de transporte dentro o fuera de los predios NO
Uso de maquinaria y equipos de trabajo dentro y fuera de los predios del asegurado NO
Viajes de funcionarios del asegurado dentro del territorio nacional o en cualquier parte del mundo cuando en desarrollo de actividades inherentes al asegurado causen daños a terceros. Excluye responsabilidad civil profesional. NO
Viajes de funcionarios en comisión o estudio nacional o en el exterior. NO

5. CLÁUSULAS OBLIGATORIAS

AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS PREDIOS, OPERACIONES Y/O ACTIVIDADES Queda entendido, convenido y aceptado que no obstante lo que en contrario se diga en las condiciones generales de la póliza, el presente anexo extiende la cobertura automática del seguro, en los mismos términos y limitaciones establecidas en esta póliza, para amparar la responsabilidad civil extracontractual para todo nuevo predio, operación, uso, posesión y/o actividades creadas por el asegurado en nuevos predios que adquiera o sobre los cuales obtenga el dominio o control, obligándose a informar a la compañía dentro de los 120 días siguientes a la creación. La prima adicional se liquidará con base en las tasas contratadas. Si vencido este plazo no se ha informado a la Compañía, cesará el amparo. Sublímite \$250.000.000 evento / \$ 500.000.000 vigencia

AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO Por medio de la presente cláusula y no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, el asegurado podrá dar aviso de la ocurrencia del siniestro en un término de 60 días, siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo.

ARBITRAMIENTO O CLÁUSULA COMPROMISORIA "El asegurado y la Compañía convienen en someter a un Tribunal de Arbitramento las diferencias que surjan con motivo de la aplicación de las cláusulas y condiciones de esta póliza y a no intentar demanda o acción alguna de otra naturaleza.

El Tribunal tendrá como sede la ciudad de suscripción del contrato y fallará en derecho. Los árbitros serán nombrados siguiendo el procedimiento que para tal fin la Ley 1563 de 2012 o en la norma que lo reemplace, haya estipulado. En cualquier caso y momento, a elección del asegurado, la presente cláusula quedará sin efecto y no podrá ser excepcionada por la aseguradora, especialmente en aquellos casos en que el asegurado efectúe el llamamiento en garantía en los términos del artículo 57 del C.P.C."

BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA, CONTROL Y CUSTODIA Queda entendido, convenido y aceptado que la Compañía de Seguros indemnizará los daños ocasionados por cualquier siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte bienes que sin ser de propiedad del asegurado, estén bajo la responsabilidad, cuidado, tenencia, control o custodia del mismo. En dicho evento y posterior a la pérdida, la prima se liquidará con base en las tasas contratadas. Sublímite \$500.000.000 Evento/Vigencia. Se excluye el daño o hurto de dichos bienes.

CLÁUSULA DE APLICACIÓN DE CONDICIONES PARTICULARES Queda expresamente acordado y convenido, que la compañía acepta las condiciones básicas, técnicas establecidas en este anexo, en los términos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancias entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y condiciones básicas técnicas establecidas.

CONCURRENCIA DE AMPAROS, CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES Queda entendido, convenido y aceptado, que si dos o más amparos, cláusulas o condiciones otorgan cobertura a un mismo evento, se indemnizará con aquella que ofrezca mayor protección para los intereses del asegurado. De igual manera prevalecerán los amparos, cláusulas o condiciones que otorguen cobertura, sobre aquellos que las excluyan. En todo caso y ante cualquier discrepancia sobre cuál es el amparo, cláusula o condición aplicable a un caso determinado, se aplicará aquella que determine el asegurado de acuerdo a sus conveniencia.

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

DATOS DE LA POLIZA

COD. AGENCIA: 560 RAMO: 80 No PÓLIZA: 99400000293 ANEXO: 0

NOMBRE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE

DATOS DEL TOMADOR

ASEGURADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

ANTICIPO DE INDEMNIZACION 50% Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION PARA GASTOS MÉDICOS 50% Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte la cobertura de gastos médicos y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

ANTICIPO DE INDEMNIZACION POR ALIMENTOS O BEBIDAS 50% Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza, que afecte la cobertura de alimentos y bebidas y demostrada su ocurrencia y cuantía, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El asegurado deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO La Compañía declara el conocimiento de los riesgos asegurados y por lo tanto deja constancia del conocimiento de los hechos, circunstancias y en general condiciones de los mismos, sin perjuicio de la obligación que tiene a su cargo el asegurado de avisar cualquier modificación o alteración en el estado del riesgo atendiendo a los criterios establecidos en los artículos 1058 y 1061 del Código del Comercio. La Compañía se reserva el derecho de realizar visitas para inspeccionar los riesgos asegurados cuantas veces lo juzgue pertinente, aceptando que el Hospital maria inmaculada les ha brindado la oportunidad para realizar la inspección de los bienes y riesgos con el fin de determinar a que están sujetos los mismos y el patrimonio del asegurado.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES Queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de un siniestro que afecte la póliza y si la Compañía decide hacer nombramiento de ajustadores, el asegurado se reservará el derecho de aceptar o solicitar el cambio de los mismos en caso de que no fueren de su entera satisfacción, sin que para ello se requiera motivación alguna.

DESIGNACION DE BIENES Los oferentes deben aceptar el título, nombre, denominación o nomenclatura con que el asegurado identifica o describe los bienes asegurados en sus registro o libros de comercio o contabilidad.

REESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIETRO Restablecimiento automático del límite indemnizado por pago de siniestro, hasta una (1) vez el límite asegurado contratado. Mediante la presente cláusula la Compañía acepta expresamente que, en el caso de presentarse una pérdida amparada por la presente póliza, la cuantía de tal pérdida se considerará inmediatamente restablecida desde el momento de ocurrencia del siniestro. El restablecimiento ofrecido por esta condición dará derecho a la Compañía al cobro de la prima correspondiente al monto restablecido, desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza, expedición de cuyo certificado de seguro realizará una vez efectuado el pago de la indemnización.

EXPERTICIO TÉCNICO Queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de existir discrepancia entre la Compañía y el Asegurado en cuanto a aspectos de orden técnico, la cuestión será sometida a la decisión de peritos o expertos en la materia del siniestros, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulacion prevén los artículos 2026 y siguientes del Código de Comercio

GASTOS ADICIONALES No obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales y particulares de la póliza, la Compañía se obliga a indemnizar los gastos adicionales (que no tengan carácter de permanentes), debidamente comprobados en que necesaria y razonablemente incurra el asegurado, como consecuencia directa del siniestro, hasta el 100% de los gastos demostrados. Sublímite \$100.000.000 Evento/Vigencia

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN El asegurado se reserva el derecho de solicitar a la compañía de seguros el pago de la indemnización mediante la reparación y/o reposición del bien o bienes afectados y/o mediante el giro de dinero a los contratistas y/o proveedores de bienes o servicios con los cuales EL ASEGURADO decida reemplazarlos. La compañía a petición escrita de la entidad asegurada, efectuará el pago de la indemnización hasta el monto de su responsabilidad.

GASTOS ADICIONALES DE HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, CONSULTORES, AUDITORES, INTERVENTORES, ETC. No obstante lo que se diga en contrario en las condiciones generales y particulares de la póliza, la compañía se obliga a indemnizar los honorarios en que necesaria y razonablemente incurra el asegurado, por concepto de abogados, consultores, auditores, interventores, revisores, contadores, etc, para obtener y certificar: a) los detalles extraídos de los libros de contabilidad y del negocio mismo del asegurado, y b) cualesquiera otras informaciones, documentos y testimonios que sean pedidos por la compañía al asegurado según lo establecido en las condiciones generales y particulares de la póliza. La compañía reconocera hasta el 100% de los gastos demostrados por el asegurado. Sublímite \$50.000.000 Evento/Vigencia

INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL No obstante las condiciones generales de la póliza, queda declarado y convenido que en caso de cualquier evento cubierto por la presente póliza, la Compañía indemnizará los daños causados por el asegurado a un tercero sin que exista previo fallo judicial, siempre y cuando las circunstancias en que ocurrió el evento den lugar a considerar la responsabilidad o culpa del asegurado, una vez se presente ante las autoridades denuncia, querrela de acuerdo al proceso. siempre y cuando se acredite la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560 RAMO: 80 No PÓLIZA: 994000000293 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**
ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**
IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**
IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por el representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de la póliza. No obstante, si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones a las condiciones de la póliza que representen un beneficio a favor del asegurado, sin que impliquen un aumento a la prima originalmente pactada, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza.

NO APLICACIÓN DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MÉDICOS Y PAGOS SUPLEMENTARIOS Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de siniestro amparado por este seguro, que afecte las coberturas de gastos médicos y pagos suplementarios (primeros auxilios inmediatos, servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos), como consecuencia de las lesiones corporales producidas a terceros en desarrollo de las actividades del hospital maria inmaculada, la compañía indemnizará la pérdida hasta el límite establecido en la póliza, sin aplicar ningún tipo de deducible sobre el valor de la misma y dentro de los términos y con la sujeción a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen dentro de los cincuenta (50) días calendario siguientes a la fecha del evento.

MODIFICACIONES DEL RIESGO Queda entendido, convenido y aceptado que las notificaciones que sobre los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1° del artículo 1058 del código de comercio, signifiquen agravación del riesgo, se efectuarán por el tomador o asegurado dentro de los 90 días siguientes a la fecha de modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si les es extraña dentro de los 90 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 180 días desde el momento de la modificación.

VARIACIONES DEL RIESGO Con término de reporte de noventa (90) días. La Compañía debe autorizar al asegurado para efectuar las modificaciones dentro del riesgo, que juzgue necesarias para el funcionamiento de Hospital maria inmaculada. Cuando tales modificaciones varíen sustancial, objetiva y materialmente, los riesgos conocidos y aceptados por la Compañía, el asegurado estará obligado a avisar de ellas por escrito a la Compañía dentro de los noventa (90) días comunes contados a partir del inicio de estas modificaciones, si éstos constituyen agravación de los riesgos.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O NO RENOVACION Y/O NO PRORROGA El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con 90 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar éste contrato de seguros con 60 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado.

SELECCIÓN DE PROFESIONALES PARA LA DEFENSA El oferente debe contemplar que la selección de los profesionales encargados de la defensa corresponderá al Asegurado, o los funcionarios que ésta designe, quienes para su aprobación presentarán a la compañía la propuesta correspondiente. La compañía podrá, previo común acuerdo con la Entidad asegurada, asumir la defensa de cualquier litigio o procedimiento legal a nombre del asegurado, a través de abogados elegidos por éste.

SOLUCION DE CONFLICTOS Los conflictos que se presenten durante la ejecución del objeto contractual, se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de arreglo directo y conciliación.

6. EXCLUSIONES

El proponente deberá indicar a través de condiciones generales y/o particulares, las exclusiones aplicables a este seguro. Cualquier exclusión que conlleve a dejar sin efecto algún amparo, cláusula o condición otorgada por el proponente se tendrá por no escrita.

7. DEDUCIBLES OBLIGATORIOS

PARQUEADEROS 10 DE LA PERDIDA MIN 1 SMMLV
GASTOS MEDICOS NO APLICA DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10 DE LA PERDIDA MIN 1 SMMLV
DEMAS EVENTOS 10 DE LA PERDIDA MIN 1 SMMLV

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5606555869

PÓLIZA No: 560 -88 - 99400000049 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGE: 560 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		
24	02	2021	28	02	2021	23:59	28	11	2021	23:59	273			
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: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
28	02	2021	28	02	2021	23:59	28	11	2021	23:59	273	
VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

DIRECCIÓN: **DG 20 7 93** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETA** TELÉFONO: **(8) 4343509**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

DIRECCIÓN: **DG 20 7 93** CIUDAD: **FLORENCIA, CAQUETA** TELÉFONO: **(8) 4343509**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAQUETA** CIUDAD: **FLORENCIA**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 20 No. 7-29**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 1,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	1,000,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	1,000,000,000.00	
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	1,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	200,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS: NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS:

- Sede Principal - Diagonal 20 NO 7 - 29 - Florencia
- Sede - Centro de Salud Pueblo Nuevo
- Sede - Centro de Salud Morelia
- Sede - Centro de Salud de la Unión Peneya

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: **Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.**

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****133,867,158	GASTOS EXPEDICION: \$ *****15,034.00	IVA: \$ ***25,437,616	TOTAL A PAGAR: \$ *****159,319,808
---	--	--	---------------------------------	--

NOMBRE RDC SEGUROS LTDA	CLAVE 8714	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%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 PARA 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  **FIRMA TOMADOR** 

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

(415)7701861000019(8020)00000000007000560655586



GRAN CONTRIBUYENTE RES-2809 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA		DATOS DE LA POLIZA	
		COD. AGENCIA: 560	RAMO: 88
		No PÓLIZA: 994000000049 ANEXO: 0	
DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE		
ASEGURADO:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE		
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS		
IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.180.098-	
IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.180.098-	
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 21/08/2020-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170 y 21/08/2020-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-DJ01

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, conocidas 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, por hechos ocurridos 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 ENERO 31 DE 2.020, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

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 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.
 - 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 20% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

- o Por Proceso: COP \$10.000.000.
- o Por Evento: COP \$30.000.000.
- Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$30.000.000 vigencia.
- Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:

- Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.
- 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.
- Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA		DATOS DE LA POLIZA	
		COD. AGENCIA: 560	RAMO: 88
		No PÓLIZA: 99400000049 ANEXO: 0	
DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE		
ASEGURADO:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE		
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS		
	IDENTIFICACIÓN: NIT	891.180.098-	
	IDENTIFICACIÓN: NIT	891.180.098-	
	IDENTIFICACIÓN: NIT	001-8	

TEXTO ITEM 1

• Posesión y utilización 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:

- Incluyan la descripción e identificación de los equipos en carátula de la póliza o en la solicitud de seguro.
- Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
- Ejerzan 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 carátula 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.

- Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
- Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
- Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 15% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
- Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento / 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:

- Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- 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:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEIVA

COD. AGENCIA: 560

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000049 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-

ASEGURADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.180.098-

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.
- Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
- Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
- Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
- Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.
- Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
- Riesgo y-o ataques cibernéticos.
- Esta póliza no cubre ningún daños y/o costos originados en, basados en o atribuibles a reclamaciones, generadas por o resultantes de, directa o indirectamente, total o parcialmente de transmisión de enfermedades y/o cualquier tipo de coronavirus (incluyendo pero no limitado a COVID-19), y/o cualquier virus o bacteria (incluyendo pero no limitado a: Ébola, bird flu, SARS, MERS, swine flu, etc.), y/o sus agentes patógenos y/o cualquier enfermedad de cualquier naturaleza que se considere epidémica y/o que se considere pandémica, o que haya sido declarada en cualquier forma ya sea por la Organización Mundial de la Salud y/o Gobierno de un País y/o cualquier otra entidad oficial o no como epidemia

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.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA**

COD. AGENCIA: 560 RAMO: 88 No POLIZA: **99400000049** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

ASEGURADO: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.180.098-**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
- Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMLV