

## POLIZA

Hoja 1 de 3

## RC PROFESIONAL INSTITUCIONES MEDICAS

INICIACION

COPIA

Ref. de Pago: 31147399385

SUPERINTENDENCIA  
FINANCIERA DE COLOMBIA  
VIGILADO

## INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 737	2201218049211	0	1	CORREDORES BTA	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D.C.
<b>TOMADOR</b>	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS SA					<b>NIT / C.C.</b> 8600788287
<b>DIRECCION</b>	TV 59A # 114-18 P 3					<b>TELEFONO</b> 6467060
			<b>CIUDAD</b>	BOGOTA D.C.		
<b>ASEGURADO</b>	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS SA					<b>NIT / C.C.</b> 8600788287
<b>DIRECCION</b>	TV 59A # 114-18 P 3					<b>TELEFONO</b> 6467060
			<b>CIUDAD</b>	BOGOTA D.C.		
<b>ASEGURADO</b>	N.D.					<b>NIT / C.C.</b> N.D.
<b>DIRECCION</b>	N.D.					<b>TELEFONO</b> N.D.
			<b>CIUDAD</b>	N.D.		
<b>BENEFICIARIO</b>	CUALQUIER TERCERO AFECTADO					<b>NIT / C.C.</b> N.D.
<b>DIRECCION</b>	N.D.					<b>TELEFONO</b> N.D.
			<b>CIUDAD</b>	N.D.		

## INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION TERMINACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION TERMINACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
6	7	2018		00:00	30	6	2018	366		00:00	30	6	2018	366
				24:00	30	6	2019			24:00	30	6	2019	

## PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA IRAGORI	CORREDOR	437	3266100	100,00

## COBERTURAS

## VALOR ASEGURADO

## DEDUCIBLE

R.C. acto medico - Clinicas	\$ 4.500.000.000,00	\$ 4.500.000.000,00	10% PERD Min 58000000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	\$ 4.500.000.000,00	\$ 4.500.000.000,00	5000000 (PESO COLOMBIANO) PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$ 4.500.000.000,00	\$ 4.500.000.000,00	10% PERD Min 58000000 (PESO COLOMBIANO)
Asistencia medica emergencia	\$ 4.500.000.000,00	\$ 4.500.000.000,00	10% PERD Min 58000000 (PESO COLOMBIANO)

## TOTAL PRIMA NETA

## PESOS COLOMBIANOS

\$ 316.072.125,00

## GASTOS DE EXPEDICION

## PESOS COLOMBIANOS

\$ 10.000,00

## SUBTOTAL EN

## PESOS COLOMBIANOS

\$ 316.082.125,00

## VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS

## PESOS COLOMBIANOS

\$ 60.055.604,00

## TOTAL A PAGAR

## EN PESOS COLOMBIANOS

\$ 376.137.729,00

## INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
- 737	2201218049211		43*CORREDORES BTA	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D.C.

## ANEXOS

TIPO: Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Clínicas, Hospitales e Instituciones Médicas.

ASEGURADO: GRUPO COLSANITAS. El Grupo Sanitas se compone de las siguientes entidades:

## GRUPO II

Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.

Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada.

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. EPS Sanitas.

Salud Ocupacional Sanitas Ltda.

y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud.

VIGENCIA: Desde el 30 de junio de 2018 a las 00:00 horas hasta el 30 de junio de 2019 a las 00:00 horas.

INTERÉS: Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

COBERTURA: Responsabilidad profesional en cuanto a los perjuicios causados por gestión inadecuada del Asegurado durante los procesos de Administración, Prevención, Evaluación, Control de los Riesgos propios de la prestación de servicios de salud y la atención médica y/o clínica a la comunidad de usuarios, afiliados y clientes del Asegurado.

CLAUSULADO: Clausulado Mapfre Seguros Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales.

MODALIDAD DE COBERTURA: La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2001. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2001.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: Julio 1 de 2001. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario).

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

Código Caratula

NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6503300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES  
N.D.: NO DECLARADOV.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO

V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

## RC PROFESIONAL INSTITUCIONES MEDICAS

INICIACION

COPIA

Ref. de Pago: 31147399385

vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2001.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: Julio 1 de 2001. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario).

LÍMITE ASEGURADO: Grupo II COP \$ 4.500.000.000 Evento y/o Agregado vigencia.

HONORARIOS: Para los Gastos en que se incurra por pago de honorarios de abogados en las audiencias de conciliación prejudicial y asesoría en tribunal de Ética Médica la Compañía Aseguradora pagara hasta COP\$ 4.000.000.

DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES: Hasta el 100% del Valor Asegurado.

GASTOS DE DEFENSA: Hasta el 100% del Valor Asegurado.

Grupo II: COP 316.072.125

TÉRMINO DE PAGO DE PRIMA: Cuarenta y cinco días (45) días a partir de la fecha de inicio de vigencia.

ALCANCE TERRITORIAL: Colombia.

LEY Y JURISDICCIÓN: Colombia.

DEDUCIBLES: Grupo I: 10% del valor de la pérdida, mínimo COP\$ 58.000.000.

Grupo II: 10% del valor de la pérdida, mínimo COP\$ 58.000.000.

Gastos de Defensa, tanto en procesos civiles, penales conciliaciones y Contenciosos administrativos se aplicará un deducible de COP\$5.000.000. esta y todas las coberturas operan única y exclusivamente que sean derivadas del acto médico.

Cauciones Judiciales.

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante, LA COMPAÑÍA no estará obligada a expedir dichas cauciones. Se aplicará un deducible de COP5.000.000.

## CLÁUSULAS:

Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

## AMPAROS:

A. Responsabilidad Civil Profesional Médica: Este seguro cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

B. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica

C. PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la R.C Extracontractual, amparo sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento/ vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

D. Gastos de defensa: Este amparo cubre las costas y gastos en que incurra el Asegurado en los procesos que un paciente o sus causahabientes, promuevan en su contra por eventos amparados por esta póliza.

## COBERTURAS ADICIONALES

I. La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

II. Restablecimiento de valor asegurado: Se otorga restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el Asegurado.

## EXCLUSIONES

- Reclamaciones provenientes por VIH (sida)
- Daños productos de transgénicos o genéticamente modificados
- Daños ocasionados por asbestos, plomo.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

**POLIZA**  
**RC PROFESIONAL INSTITUCIONES MEDICAS**

Hoja 3 de 3

**INICIACION**  
**COPIA**

Ref. de Pago: 31147399385

- Exclusiones de la póliza original.

- Además del clausulado general.

Esta y todas las coberturas operan única y exclusivamente que sean derivadas del acto Médico

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013.  
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96



\_\_\_\_\_  
**MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

\_\_\_\_\_  
**TOMADOR**

Código Caratula

NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6503300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

**SMMLV:** SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES

**V.A.R. :** VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO

**VAP:** VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO

**N.D.:** NO DECLARADO

**PERD.:** VALOR PERDIDA

**V.A.A. :** VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co).