

POLIZA

Hoja 1 de 2

R.C. PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

REVERSION

COPIA

Ref. de Pago: 30492303349

SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 732	2201307000300	6	1	CORREDORES	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D.C.
TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS SA					NIT / C.C. 8600788287
DIRECCION	TV 59A # 114-18 P 3 . . .					TELEFONO 6467060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS SA					NIT / C.C. 8600788287
DIRECCION	TV 59A # 114-18 P 3 . . .					TELEFONO 6467060
ASEGURADO	N.D.					NIT / C.C. N.D.
DIRECCION	N.D.					TELEFONO N.D.
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO					NIT / C.C. N.D.
DIRECCION	N.D.					TELEFONO 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
24	4	2012		00:00	31	3	2012	30		00:00	31	3	2012	30
				24:00	29	4	2012			24:00	29	4	2012	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
SEKURITAS S A	CORREDOR	2031	3104435777	100,00

ACTIVIDAD : CLINICA
ESPECIALIDAD :
DIRECCION DEL RIESGO : VARIOS A NIVEL NACIONAL
DEPARTAMENTO : DISTRITO CAPITAL
CIUDAD : BOGOTA D.C.

COBERTURAS

VALOR ASEGURADO

DEDUCIBLE

R.C. acto medico - Clinicas	USD	2.000.000,00	USD	0,00	10 % PERD Min 10000 (DOLARES EEUU)
Gastos de defensa	USD	2.000.000,00	USD	0,00	10 % PERD Min 10000 (DOLARES EEUU)
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	USD	2.000.000,00	USD	0,00	10 % PERD Min 10000 (DOLARES EEUU)
Asistencia medica emergencia	USD	2.000.000,00	USD	0,00	10 % PERD Min 10000 (DOLARES EEUU)

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares:

Observaciones: SE ANULA PARA PROCEDER CON LA EMISION DE LA ANUALIDAD DE ACUERDO CON CONDICIONES

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

TOTAL PRIMA NETA DOLARES EEUU	GASTOS DE EXPEDICION DOLARES EEUU	TOTAL EN DOLARES EEUU	VALOR EN PESOS COLOMBIANOS IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
-6.575,00	-5,00	-6.580,00	-1.873.068,06	-1.873.068,06

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
370 732,00	2201307000300	804 - 6	42*CORREDORES	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D.C.

ANEXOS

ANEXO

Que la Póliza de Responsabilidad Clínica y/o Hospitales No. 2201307000300 cuyo tomador es Compañía de Medicina Prepara Nit: 860.078.828-7, se encuentra Prorrogada en igualdad de condiciones, desde las 00:00 horas del 31 Marzo de 2012 hasta las 24:00 del 29 de Abril de 2012

Los demás términos no modificados por el presente anexo continúan en vigor.

POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

ASEGURADOS :

Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A

Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A..

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

R.C. PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

Hoja 2 de 2

REVERSION

COPIA

Ref. de Pago: 30492303349

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.

INTERES:

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

Gastos de Defensa: Hasta el 100% del Valor Asegurado.

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 pagará hasta \$2.000.000.

Daños Extra Patrimoniales al 100%.

Las cláusulas arriba citadas tendrán cobertura a partir del 01 de Abril de 2010 exceptuando Daños Extra Patrimoniales que tendrá cobertura a partir del 01 de Abril de 2011.

TERRITORIO Y JURISDICCION: Colombia

MODALIDAD:

La cobertura para las tres pólizas es bajo la modalidad de Claims Made con fecha de retroactividad 1 de julio de 2001.

Bajo la modalidad Claims Made se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas, 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.

Las reclamaciones y/o hechos conocidos antes del inicio de este nuevo sistema de cobertura, continuarán manejándose sobre la base de ocurrencia y afectarán la póliza vigente al momento en que se presentó el hecho dañoso

No es posible bajo ninguna circunstancia afectar una póliza bajo la modalidad de ocurrencia y una póliza bajo la modalidad de claims made. Por esta razón, las reclamaciones que se presenten a partir de la renovación de la póliza solo afectarán esta nueva vigencia.

En caso de que se presenten dudas frente a la póliza a ser afectada, queda aclarado y convenido que se afectará la póliza bajo la modalidad de ocurrencia que corresponda a la realización del hecho causante del daño.

VALOR ASEGURADO: US\$2.000.000 por evento y/o agregado vigencia.

PRIMA ANUAL: US\$ 80.000.

DEDUCIBLE: 10% del valor de la pérdida, mínimo US\$ 10.000

No aplica en gastos de defensa ni en conciliaciones

EXCLUSIONES:

Reclamaciones provenientes por VIH (sida).

Daños productos de transgénicos o genéticamente modificados.

Daños ocasionados por asbestos, plomo.

TÉRMINOS DE PAGO: 45 días desde el inicio de vigencia

- FIN DE LA SECCION -

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

VTE-268-NOV/03

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.