HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Señor
JUEZ PRIMERO (01) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CARTAGO
E.S.D.

MEDIO DE CONTROL:	**REPARACIÓN DIRECTA**
RADICADO:	**76-147-33-33-001-2020-00143-00**
DEMANDANTES:	**JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA Y OTROS**
DEMANDADO:	**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E. Y OTROS**

DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO, domiciliada y residente en la ciudad de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1.107.036.465 de Cali (Valle) y portadora de la Tarjeta Profesional No. 296.257 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderada judicial especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.** encontrándome dentro del término legal procedo a formular **LLAMAMIENTO EN GARANTIA** a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** sociedad comercial identificada con NIT No. 860.026.182-5, representada legalmente por el señor DAVID ALEJANDRO COLMENARES SPENCE, o por quien haga sus veces como tal, con fundamento en los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: Los señores JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA, ADRIANA CARDONA, LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA, MATIAS MURILLO CARDONA, ISABELLA CASTILLO MURILLO, DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO, demandaron al Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" por la supuesta falla en el servicio de atención en salud que, a su juicio, causó la muerte de la señora Amparo Cardona Patiño. Igualmente, formuló pretensiones económicas a título de indemnización y/o compensación de perjuicios materiales e inmateriales.

SEGUNDO: El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. contrató con Allianz Seguros S.A. la póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual –Clínicas y Hospitales- No. 22296180, misma que tuvo una vigencia comprendida entre el 01 de julio de 2018 y el 21 de marzo de 2019 (Periodo de extensión); dentro de este periodo de tiempo sucedieron los hechos por los cuales se atribuye responsabilidad a la entidad asegurada **(19 de marzo de 2019).**

TERCERO: La reclamación al asegurado, misma que se entiende realizada con la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría Judicial para Asuntos Administrativos, se realizó el pasado **18 de diciembre de 2019**, fecha para la cual se tenía contratada con Allianz Seguros S.A. la póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual –Clínicas y Hospitales- No. 22425835, misma que tuvo una vigencia comprendida entre el 22 de marzo de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

CUARTO: Es menester indicar que la modalidad de cobertura contratada en los

mencionados contratos de seguro fue la denominada *"Claims made"*, pactando un periodo de retroactividad al 28 de abril de 2016.

QUINTO: Solo en el evento en que se llegare a declarar la responsabilidad administrativa y extracontractual del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., la entidad llamada en garantía deberá desembolsar y/o reembolsar los dineros a los que fuere obligada a pagar el H.U.V., con base en la relación contractual pactada y que ya ha sido mencionada en este escrito.

PRETENSIONES

Conforme a los hechos expuestos, solicitamos al despacho se sirva vincular al proceso a la sociedad ALLIANZ SEGUROS S.A. como llamado en garantía, de conformidad con el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, teniendo en cuenta la póliza a la que se ha hecho referencia y la cobertura de la misma.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho del presente llamamiento en garantía, se encuentran en el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo el cual dispone lo siguiente:

> "**Artículo 225. Llamamiento en garantía.** Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.
>
> (...)"

El llamamiento en garantía puede ser invocado por quien tenga derecho legal o contractual de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de una posible sentencia desfavorable, de los hechos manifestados, así como de los documentos anexados como pruebas, se puede constatar que entre el demandado HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E. y la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. existe una relación de carácter sustancial, cual es el contrato de seguro que tiene a aquella como tomador y asegurado del Seguro de Responsabilidad Civil mediante las pólizas antes relacionadas, lo que configura el derecho de la entidad demandada de exigir de su aseguradora *"el reembolso total o parcial"* de lo que eventualmente tendría que pagar como resultado de una sentencia adversa.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito al Despacho se sirva tener y decretar las siguientes:

- Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual –Clínicas y Hospitales- No. 22296180 - Vigencia desde el 01 de julio de 2018 al 21 de marzo de 2019.
- Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual –Clínicas y Hospitales- No. 22425835 - Vigencia desde el 22 de marzo de 2019 al 31 de diciembre de 2019.
- Certificado de existencia y representación de ALLIANZ SEGUROS S.A.

Solicitud de prueba:

Si el Despacho lo considera pertinente, se sirva oficiar a ALLIANZ SEGUROS S.A., con domicilio en la Avenida 6A Norte # 23-13 Barrio Santa Mónica de Cali y dirección electrónica para notificaciones notificacionesjudiciales@allianz.co, para que remitan con destino a su despacho copia de la respectiva póliza por la cual se encontraba amparado el HUV de acuerdo de los hechos de la demanda, incluyendo anexos y condiciones de la misma. De igual forma para que certifiquen si para la fecha del evento el HUV se encontraba amparado y el monto de dicha cobertura.

NOTIFICACIONES Y DIRECCIONES

Mi poderdante HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E. y el suscrito apoderado, recibiremos las notificaciones en la Calle 5 No. 36-08 de Cali, e-mail: responsabilidadmedica@huv.gov.co, notificacionesjudiciales@huv.gov.co, tel. 6206000 ext. 1740 y 1741.

El llamado en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. puede ser notificado a través de su representante legal, señor DAVID ALEJANDRO COLMENARES SPENCE, con domicilio en la Avenida 6A Norte # 23-13 Barrio Santa Mónica de Cali y dirección electrónica para notificaciones notificacionesjudiciales@allianz.co

Cordialmente,

DAYANNA CAROLINA HERNANDEZ RICO
C.C. No. 1.107.036.465 DE CALI (V)
T.P No. 296.257 DEL C.S.J

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

NOMBRE DE LA CASA PRINCIPAL : ALLIANZ SEGUROS SA
NIT NRO :860026182 - 5
DOMICILIO :Bogota Distrito Capital
NOMBRE DE LA SUCURSAL :ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
DOMICILIO :Cali Valle
DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL :AV. 6 A N 23 - 13
CIUDAD :Cali
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: notificacionesjudiciales@allianz.co
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA NOTIFICACIÓN JUDICIAL:notificacionesjudiciales@allianz.co
MATRICULA NRO :178756 - 2

CERTIFICA

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS SA

CERTIFICA

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 con el No. 1820 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	NURYA MACIQUE LLERENA	C.C.38568025
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

CERTIFICA

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMETO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS:
A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS,

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA;PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:
A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLAE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTE. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEGO NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.
3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.
4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.
5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORGUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.
6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.
7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.
8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.
9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

ARBITRAMENTO.
10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.
11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.
12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.
13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.
14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.
15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.
16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

CERTIFICA

Demanda de:ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:ORDINARIO
Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014
Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali
Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Demanda de:FERNEY MARIN MURILLO
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
Documento: Oficio No.3823 del 20 de octubre de 2015
Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de:NORVELLY SERNA LARGO C.C.31.479.958
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Documento: Oficio No.936 del 15 de marzo de 2019
Origen: Juzgado Catorce Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 03 de abril de 2019 No. 913 del libro VIII

Demanda de:ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.
Documento: Oficio No.260 del 12 de marzo de 2020
Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

CERTIFICA

SOCIEDAD

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
Matrícula No.:	178756-2
Fecha de matricula:	14 de agosto de 1986
Ultimo año renovado:	2021
Fecha de renovación de la matrícula mercantil:	24 de marzo de 2021
Categoría:	Sucursal Foranea
Dirección:	AV. 6 A N 23 - 13
Municipio:	Cali

Recibo No. 8068442, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0821WNJ1VX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Dado en Cali a los 29 días del mes de abril del año 2021 hora: 08:49:20 AM

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES
ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT 860.026.182-5

Allianz

COMPAÑÍA 03 | COD SUC 245 | SUCURSAL CALI 2 | PRODUCTO RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES
PÓLIZA No 22425835 | CERTIFICADO No 0 | AÑO 2019 | DOCUMENTO DE EMISION

DATOS DEL CLIENTE

TOMADOR: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR. | TIPO DOC NIT 890.303.461 2
ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR. | TIPO DOC NIT 890.303.461 2
DIRECCIÓN: CALLE 5 NO. 36-08 | CIUDAD CALI | TELÉFONO 62060000
BENEFICIARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR. | TIPO DOC NIT 890.303.461 2

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE	A LAS	HASTA	A LAS
22/03/2019 (dd/mm/aaaa)	00:00 HORAS	31/12/2019 (dd/mm/aaaa)	24:00 HORAS

VIGENCIA DEL CONTRATO COASEGURO CAIA

DESDE	A LAS	HASTA	A LAS
22/03/2019 (dd/mm/aaaa)	00:00 HORAS	31/12/2019 (dd/mm/aaaa)	24:00 HORAS

INTERMEDIARIOS

CODIGO	NOMBRE	% PART.
1067259	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	100%

COASEGURO

UNICO | AUTOMATICO | FACULTATIVO | ACEPTADO

CODIGO	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VR. PRIMA

INFORMACIÓN ADICIONAL

DIRECCIÓN DE MAYOR RIESGO: CALLE 5 NO. 36-08
CIUDAD: CALI | MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: I. COBERTURA AL 100%
TIPO DE RIESGO: SERVICIOS | No. TOTAL RIESGO: | COD.NEG.ENFOCADO: 0000 000 000 000 | CAT.NEG.ENFOCADO:
ACTIVIDAD: SERVICIOS | MONEDA: COP | T.R.M.: | FECHA DE T.R.M.:

INTERÉS ASEGURADO	VALOR ASEGURABLE	VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 1.000.000.000	$ 1.000.000.000

AMPAROS	FORMA	VERSIÓN
SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA		

SEGUN SLIP

El presente contrato se integra por: la solicitud de seguro, los formularios de asegurabilidad, la carátula, las condiciones generales y particulares, los anexos de amparos adicionales, con o sin sublímite, y las cláusulas relacionadas en la carátula, contenidas en el Condicionado General, las cuales han sido recibidas por el Tomador, y los anexos y los certificados que se expidan en aplicación a ella. 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 dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del mismo. (Artículo 1068 C. de C.) este término legal no aplicará para los convenios de pago

LIQUIDACIÓN DE PRIMA

PRIMA BRUTA	$ 442.960.274
DESCUENTOS	
PRIMA NETA	$ 442.960.274
IVA	$ 84.162.452
TOTAL	$ 527.122.726

OBSERVACIONES

Se realiza Emision poliza Nueva con el Recibo 891826011

En fé de lo cual, la compañía expide la presente póliza en la ciudad de BOGOTÁ D.C. Sucursal o Agencia CASA PRINCIPAL a los 27 días del mes de Marzo de 2019

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" NIT 890.303.461
2019 ABR. 2-3
SECRETARIA GERENCIA GENERAL

Firma Autorizada

CR 13A No.29-24 Bogotá, D.C.
Dirección para Notificaciones

Firma Tomador

Gran Contribuyente Resolución Contraloría No. 1056 de 1996

Allianz

ANEXO N° 5 (ESPECIFICACIONES TECNICAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES)	
TOMADOR:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
ASEGURADO:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS
NIT:	890.303.461-2
PROCESO	CONVOCATORIA PÚBLICA No. 015 DE 2019
POLIZA:	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES
VIGENCIA:	Desde el 22 de marzo de 2019 a las 00:00 Horas Hasta el 31 de Diciembre de 2019 a las 24:00 Horas

CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS

INTERES ASEGURADO	COBERTURAS	LIMITE ASEGURADO		PROPUESTA PRESENTADA POR LA UT ALLIANZ SEGUROS S.A-AXA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A-BBVA SEGUROS S.A	
		EVENTO	VIGENCIA	TASA	PRIMA SIN IVA 285 DIAS
Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/o otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.	Responsabilidad civil medica	$	1.000.000.000	56,73	$ 442.960.273,97
	Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia				
	Errores u omisiones Profesionales				
	Predios labores y operaciones				
	Gastos judiciales	Sublimite por evento de $20.000.000	200.000.000		
	Cobertura de Gastos Médicos	$20.000.000	$ 200.000.000		
	Perjuicios extrapatrimoniales al 100%				
TOTALES	PRIMA				$ 442.960.274
	IVA				$ 84.162.452
	TOTAL				$ 527.122.726
COBERTURA:					

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

CONVENIO PARA EL PLAZO DEL PAGO DE LA PRIMA: No obstante cualquier estipulación en contrario, por la presente cláusula se deja establecido que, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 61 de la Ley 45/90 y la Resolución numero 03750 de Diciembre 31/74 de la Superintendencia Financiera, las partes contratantes convienen que las primas causadas por el presente Contrato de seguros y los Certificados o Anexos que se emitan en aplicación al mismo serán pagadas por EL ASEGURADO en SESENTA (60) días a partir de la fecha en que el respectivo documento sea recibido en sus oficinas, directamente por la Aseguradora y/o por el intermediario de seguros, quien deberá certificar haber recibido a satisfacción las respectivas pólizas en las condiciones contratadas;

Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma. La demora en el pago originada por la presentación incorrecta de los documentos requeridos será responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza o a la aplicación de la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.

FORMATO 2 : ACEPTACION CLAUSULAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS

REVOCACIÓN, NO RENOVACIÓN O MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS: La Aseguradora deberá dar aviso por escrito al ASEGURADO, con una anticipación de TREINTA (30) días, en caso que decida modificar, revocar o no renovar esta póliza y/o alguno de sus amparos adicionales o modificar cualquiera de sus condiciones. En caso de revocación la aseguradora devolverá al asegurado, la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada a prorrata.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" ESE

2019 ABR. 23

SECRETARIA GERENCIA GENERAL

ANEXO N° 5 (ESPECIFICACIONES TECNICAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
ASEGURADO:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS
NIT:	890.303.461-2
PROCESO	CONVOCATORIA PÚBLICA No. 015 DE 2019
POLIZA:	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES
VIGENCIA:	Desde el 22 de marzo de 2019 a las 00:00 Horas Hasta el 31 de Diciembre de 2019 a las 24:00 Horas

CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS					
INTERES ASEGURADO	COBERTURAS	LIMITE ASEGURADO		PROPUESTA PRESENTADA POR: LA ITAU ALLIANZ SEGUROS S.A AXA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A BBVA SEGUROS S.A	
		EVENTO	VIGENCIA	TASA	PRIMA SIN IVA 285 DIAS
Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.	Responsabilidad civil medica Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia Errores u omisiones Profesionales Predios labores y operaciones	$ 1.000.000.000		50,73	$ 442.960.273,07
	Gastos judiciales	Sublimite por evento de $20.000.000	200.000.000		
	Cobertura de Gastos Médicos	$20.000.000	$ 200.000.000		
	Perjuicios extrapatrimoniales al 100%				
TOTALES	PRIMA				$ 442.960.274
	IVA				$ 84.162.452
	TOTAL				$ 527.122.726

COBERTURAS

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

CONVENIO PARA EL PLAZO DEL PAGO DE LA PRIMA: No obstante cualquier estipulación en contrario, por la presente cláusula se deja establecido que, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 81 de la Ley 45/90 y la Resolución numero 03750 de Diciembre 31/74 de la Superintendencia Financiera, las partes contratantes convienen que las primas causadas por el presente Contrato de seguros y los Certificados o Anexos que se emitan en aplicación al mismo serán pagadas por EL ASEGURADO en SESENTA (60) días a partir de la fecha en que el respectivo documento sea recibido en sus oficinas, directamente por la Aseguradora y/o por el Intermediario de seguros, quien deberá certificar haber recibido a satisfacción las respectivas pólizas en las condiciones contratadas;

Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma. La demora en el pago originada por la presentación incorrecta de los documentos requeridos será responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza o a la aplicación de la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.

FORMATO 2 : ACEPTACION CLAUSULAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS

REVOCACIÓN, NO RENOVACIÓN O MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS: La Aseguradora deberá dar aviso por escrito al ASEGURADO, con una anticipación de TREINTA (30) días, en caso que decida modificar, revocar o no renovar esta póliza y/o alguno de sus amparos adicionales o modificar cualquiera de sus condiciones. En caso de revocación la aseguradora devolverá al asegurado, la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada a prorrata.

NOMBRAMIENTO DE AJUSTADOR: En caso de siniestro que afecte las pólizas contratadas y en los que a juicio de la aseguradora se deba asignar Ajustador, dichos Ajustadores no podrán ser asignados unilateralmente por la aseguradora, sino bajo los siguientes parámetros:

- Se escogerá al inicio de la vigencia de las pólizas una terna de firmas Ajustadores nominada por EL ASEGURADO y la ASEGURADORA.
- Las firmas seleccionadas deberán tener sede principal u oficina similar en la ciudad de Cali.

La asignación del Ajustador proveniente de la terna inicialmente escogida, deberá realizarse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha del reporte del siniestro y el Ajustador deberá contactar al asegurado y efectuar las visitas correspondientes dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de designación. En caso contrario, se designará otro integrante de la terna preseleccionada.

AVISO DE PÉRDIDA 15 DÍAS: No obstante lo dispuesto en las condiciones la Póliza o en sus anexos, por la presente cláusula se conviene entre las partes, un término TREINTA (30) días HABILES para que el Asegurado da aviso al Asegurador de cualquier evento que afecte a la presente Póliza, contados a partir de la fecha en que haya tenido conocimiento de dicho evento, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO: Por medio de la presente cláusula, la (s) Compañía(s) Aseguradora(s) declara (n) que conocen los riesgos y por lo tanto dejan constancia de su conocimiento y aceptación de las circunstancias y condiciones de los mismos. En consecuencia de lo anterior, los proponentes no podrán en ningún caso, oponer excepciones, ni formular objeciones fundamentadas en la circunstancia de no haber llevado a cabo la visita de inspección de los bienes o en el desconocimiento de los mismos.

AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO : Queda establecido y convenido por la presente cláusula, que este contrato de seguro se extiende a cubrir automáticamente operaciones adicionales o cambio de operaciones, realizadas en el predio descrito en la póliza siempre y cuando estas no sean diferentes al giro de negocio del asegurado aceptado bajo esta póliza. También se hace extensivo a otras propiedades o bienes sobre los cuales el asegurado haya adquirido el dominio o control, a bienes tomados en arrendamiento o a cualquier otro título para su uso, situados dentro o fuera de los predios del asegurado.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" ESE
SECRETARIA GERENCIA GENERAL

ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES : El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por la compañía, la hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores, omisiones o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato de seguro al cual se adhiere este documento no será nulo, ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del Art. 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En ese caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo: la cual será calculada a la (s) tasa (s) establecida (s) en la (s) póliza (s) a prorrata y en las mismas condiciones en que viene suscrito el riesgo.		
ADHESION: Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales y particulares de la póliza, que presenten un beneficio a favor del ASEGURADO, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza siempre que el cambio no implique un aumento en la prima originalmente pactada, Previo acuerdo con Allianz.		
MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: Se amparan automaticamente los nuevos predios y oficinas durante el periodo de la póliza sin cobro de prima, siempre que estos se encuentren dentro del límite territorial establecido y mientras se mantengan como mínimo las mismas protecciones de seguridad informadas a los reaseguradores bajo los terminos acordados, con cobro adicional de prima		
CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES OPCIONALES REQUERIDAS	S/N/D	PROPUESTA
RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO : Una vez vigencia de la póliza, en caso de siniestro el límite asegurado se rebajará en la suma indemnizada a partir de la fecha en que se efectúe el pago y se restablecerá automáticamente a su límite inicial y el Asegurado pagará la prima adicional correspondiente a prorrata.	N	
Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 15 días y cobro de prima del 160% de la vigencia anual.	N	
Responsabilidad civil profesional de las actividades netamente administrativas.	N	
CLAUSULA DE ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION HASTA 50%: la Aseguradora anticipara la indemnización, hasta por el 50%, con la demostración de la ocurrencia del siniestro por parte del asegurado, el valor de los daños y la comprobación de que existe cobertura y mientras se formaliza a cabalidad la indemnización Correspondiente	N	
RECLAMACIONES: Este seguro se extiende a cubrir el reembolso de cualquier suma que se vea precisado a pagar el asegurado como consecuencia de los actos y omisiones a que se refiere este contrato , en el evento de que la victima, dejando de lado la eventual responsabilidad civil extracontractual que ello podría generar, opte por reclamar o iniciar en contra del asegurado una responsabilidad de tipo contractual.	N	
EXTENSION POR ACTOS DE EMPLEADOS: Se extiende a cubrir la responsabilidad civil extracontractual del asegurado a consecuencia de los actos u omisiones cometidas por los empleados a su servicio, incluidos los temporales, ocasionales transitorios, estudiantes en practica, durante el desempeño de sus funciones dentro de la Republica de Colombia y en el exterior, siendo entendido que todo juicio o demanda deberá ser entablada ante las autoridades competentes colombianas.	N	
ACUERDO PARA AJUSTE EN CASO DE SINIESTRO: Por medio de la presente Cláusula se conviene que todos los siniestros serán ajustados conforme al procedimiento especial de ajuste que se acuerde entre el Asegurador y Asegurado, y que bajo estas condiciones, operará el Ajustador que se designe cuando sea necesario	N	
CONDICIONES TECNICAS Y ECONOMICAS DE REASEGURADORES: Las Aseguradoras deberán conservar sus Reaseguradores durante el periodo de adjudicación y no podrán cambiarlos salvo fuerza mayor o causa justificada. En caso de ser necesario cambiarlos ó que el reasegurador se retire voluntariamente, él (ó los) reasegurador(es) que lo sustituya(n) deberá(n) ser de la misma categoría ó tener la misma calificación del (os) que se reemplazo(n). Durante el periodo de adjudicación los oferentes no podrán cambiar las condiciones técnicas y económicas ofrecidas salvo aquellas que sean favorables al asegurado, las cuales deberán incorporarse automáticamente a las Pólizas.	N	
EXTENSION DEL SITIO O SITIOS DONDE SE ASEGURA EL RIESGO: Por medio de la presente Cláusula se conviene en amparar en todas sus partes la Responsabilidad Civil del Asegurado, derivada de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, causados a bienes de terceros, lesiones personales ó muerte a terceros, por empleados, personal a su servicio, durante el desempeño de sus funciones en el giro normal de sus negocios, siempre y cuando las funciones sean objeto de cobertura en el presnete seguro y en cualquier sitio o sitios, donde se hallen desempeñando las mismas.	N	
MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO No obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza y sus anexos, con cobro de prima, la presente cláusula se establece una limitación a la obligación que el Asegurado notifique los hechos o circunstancias que agraven el riesgo durante la vigencia del contrato, en el sentido, que la aseguradora solo pueda invocarla cuando exista relación de causalidad entre la agravación y el siniestro. Se ampararán automáticamente los riesgos cuya agravación se informe, hasta el pronunciamiento del asegurador en contrario.	N	
NO APLICACION DE GARANTIAS: Queda expresamente acordado y aceptado que la aseguradora no establecerá garantías a cumplir por parte de HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA ., sin previo acuerdo con la entidad tomadora y/o asegurada. Para tal efecto, queda expresamente acordado que para la determinación de garantías, la aseguradora presentará previamente para aceptación de HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA., la propuesta en la que se detallen los terminos en los que se aplicarán, los cuales quedarán sujetos a los siguientes requisitos: - Que la operación de la entidad, ya contempla el cumplimiento de las condiciones de las garantías propuestas. - Que para el cumplimiento de las condiciones de las garantías propuestas, la entidad cuenta con los recursos presupuestales que le permita atender las mismas. - Que las condiciones de las garantías propuestas se enmarquen dentro de las disposiciones legales y/o políticas de la entidad. Se precisa que en el caso de que en algún documento de la propuesta se contenga algún tipo de garantía que no cumpla con cualquiera de los anteriores requisitos, se dará como no exigida y el proponente con la firma de la propuesta acepta esta condición.	N	
CLAUSULA DE APLICACION DE CONDICIONES PARTICULARES Queda expresamente acordado y convenido, que la Compañía acepta las condiciones básicas tecnicas establecidas en este anexo en los terminos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta tecnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y condiciones básicas tecnicas establecidas.	N	
		0,00
CLAUSULAS PARTICULARES SOLICITADAS: Indicar con una S si es aceptada, con una N si es negada, con una D si es aceptada con desviacion, para lo cual debe estipular en el formato de desviaciones el texto propuesto.		

DEDUCIBLES	PROPUESTA
TODAS LAS COBERTURAS	20% DE LA PÉRDIDA, MINIMO COP 15,000,000 TOD PÉRDIDA
GASTOS MEDICOS	SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" ESE

2019 ABR. 23

SECRETARIA GERENCIA GENERAL

Allianz

#7350
#108710

Apreciado Cliente

- Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), por favor gírelo de cuentas de la misma plaza en donde se realiza el pago y a nombre de Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5, al respaldo del cheque por favor endóselo así: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5 Referencia de Pago 17001891826011. Nombre, cédula o NIT del girador y teléfono. Diligencie los campos de fecha de pago, valores de efectivo y cheque y número de cheque. No se aceptan cheques de otras plazas.

- Recuerde que para efectuar el pago de forma presencial (Ante cajero de banco o corresponsal), es indispensable presentar este recibo para garantizar la referenciación del pago y así mismo la prestación de los servicios.

- Recuerde pagar a tiempo su recibo para que no tenga ningún inconveniente en la utilización de su póliza.

- En caso de dudas o inquietudes referentes al valor a pagar, puede contactarse con nuestra línea nacional 018000517270 y en Bogotá en el teléfono 6065900 donde nuestros operadores resolverán sus inquietudes.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DEL CLIENTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G
CALLE 5 NO. 36 - 08 .
CALI

DATOS DEL COBRO

Producto: RCE
Póliza: 022425835 / 0
Periodo facturado: 22/03/2019 - 01/01/2020
Clave Asesor: 1067259 Impresión Nº: 1

TOTAL CHEQUE $

TOTAL EFECTIVO $

Fecha de pago:

Fecha Límite de pago: 25/julio/2019

TOTAL A PAGAR $

REFERENCIA DE PAGO: 17001891826011

FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO: 27/03/2019

DETALLES DE VALORES A PAGAR

PRIMA	442.960.274,00
IVA	84.162.452,00
Valor a pagar	527.122.726,00

Espacio Para Sello de Banco

- CLIENTE -

Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5 Gran Contribuyente - Regimen Común - No sujetos a Retención

Internet

Ingrese a nuestra página web www.allianz.co, ubique el link de pago PSE, regístrese y realice sus pagos.

Débito Automático

Para pagos con debito a su cuenta de ahorros o cuenta corriente, la información y autorización debe ser suministrada en el momento de la suscripción de la póliza o en el momento de renovación de la misma.

Financiación Externa

Allianz Seguros S.A. ha establecido convenios con entidades financieras especializadas para que usted pueda tomar el crédito para el pago del valor total de la prima.
Para acceder a esta opción, por favor contacte a su asesor de seguros, o en la oficina de Allianz más cercana, o puede llamar a la línea de atención nacional 018000514405 y en Bogotá en el teléfono 6065900.

Efectivo o Cheque

Convenio 00000

Convenio 00000

Convenio 34946

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPROBANTE ÚNICO DE DÉPOSITO

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5

REFERENCIA DE PAGO: 17001891826011

Fecha de pago:

TOTAL EFECTIVO $

Valor a pagar hasta: 25/julio/2019 $527.122.726,00

(415)7701038100030(8020)17001891826011(3900)00000527122726(96)20190725

- BANCO EFECTIVO -

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPROBANTE ÚNICO DE DÉPOSITO

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5

DETALLE CHEQUES		
COD BANCO	NÚMERO CHEQUE	VALOR
TOTAL CHEQUES		

REFERENCIA DE PAGO: 17001891826011

Fecha de pago:

Valor a pagar hasta: 25/julio/2019 $527.122.726,00

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA ESE
2019 AGO. 2 3
SECRETARIA GERENCIA GENERAL

(415)7701038100030(8020)17001891826011(3900)00000527122726(96)20190725

- BANCO CHEQUE -

> Recibo

BÚSQUEDA

Recibo	891826011 Contador		0
Ramo	1401-Responsabilidad Civil		
Nombre	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G		

DATOS GENERALES

Póliza	> 22425835/0	Aplicación	
Número Apéndice		Recibo Judicial	N
Aviso			
Tipo de Alta	Físico		
Tipo Recibo	Número Producción	Fecha Cargo	01032019 16
Estado Recibo	> Pendiente	Fecha Movimiento	16
Servicio			
Financiera			
Forma de Pago	Anual		
Fecha Inicio	22032019 16	Fecha Término	01012020 16
Fecha Emisión	27/03/2019	Fecha Lim. Pago	25072019 16
Sucursal	245 / B - CALI 2		
Mediador	1067259 - GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.		
Mediador Competencia	1067259		
DNI/NIF	> 8903034612	Fecha Liquidación	16
Tomador	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARI		
Matrícula			
Ref. en cia. abridora			

DATOS FINANCIEROS

Prima	442960274,00		
Tasa	1,00		
Recargo Externo	0,00	Recargo a Fracc.	84162452,00
Comisiones Prima	44296027,40	Comisiones Prima (%)	10,00
Otras Comisiones	0,00	Otras Comisiones (%)	0,00
Comisión Bruta	44296027,40		
Prima Total	527122726,00		
Reteica	0,00		
IVA	84162452,00	Estampillas	0,00
Impuestos	0,00		
D.G.S	0,00	F.N.G.	84162452,00
Arbitrio	0,00	I.S.P.S	0,00
Bonificaciones	0,00		

IMPUESTOS COMISSIONES

IVA Descontable	-8416245,00	IVA Mayor del Gasto	0,00
ReteICA	442960,00	ReteIVA	84162452,00
ReteRENTA	4872563,00	Sombretasa Bomberil	0,00
Suma de Impuestos	-1838285,00		

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA" ESE
2019 ABR. 23
SECRETARIA GERENCIA GENERAL

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que **este cuestionario constituirá parte de la póliza.**

SECCIÓN I. SOLICITANTE

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL Hospital Universitario del Valle	NIT 890303461-2
DOMICILIO Calle 5 #36-08	CIUDAD Santiago de Cali
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	TELÉFONOS 6206000
FAX	E-MAIL Direccion General@huv.gov.co

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNELOS A CONTINUACIÓN:

No

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

Irma Torres Castro

4. INDIQUE LA CATEGORÍA DE TIPO DE INSTITUCIÓN (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- [x] ENTIDAD DE GOBIERNO
- [ ] SOCIEDAD ANÓNIMA
- [ ] SOCIEDAD PROFESIONAL
- [ ] ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
- [ ] ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO
- [ ] ENTIDAD RELIGIOSA
- [ ] INDIVIDUAL
- [ ] OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:

7. SI EXISTEN OTROS ESTABLECIMIENTOS, OPERACIONES SUBSIDIARIAS O UBICACIONES DISTINTAS A LA PRINCIPAL, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN: III, IV	LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.
OTORGADA POR:	FECHA:
FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO

9. HA CAMBIADO SU NIVEL DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESPECIFIQUE CUALES Y POR QUÉ:

NO

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

NO

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO Jefferson Ocoro Montaño

2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Subgerente Ser. Salud		HUV	Cali	6200000
Dir. Facultad Salud	7 años	USACA	Cali	
Subgerente		EPS Operatividad Vida	Cali	

C. INFORMACIÓN ACERCA DEL ADMINISTRADOR Y/O RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

1. NOMBRE COMPLETO Irma Torres Castro

2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente General	5 años	Hospital Mario Correa	Cali	3180020

D. OTRAS FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN

1. ¿CUENTA LA ENTIDAD CON PERSONAS Y/O COMITÉS ENCARGADOS DE REALIZAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES?

A. ADMINISTRACIÓN / PREVENCIÓN DE RIESGOS	SI ☒	NO ☐
B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES	SI ☒	NO ☐
C. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL CUERPO MÉDICO	SI ☒	NO ☐
D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS	SI ☒	NO ☐

2. CUENTA LA ENTIDAD CON ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO EN LA DEFENSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI ☒ NO ☐

SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA

1. VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA

2. SUMA ASEGURADA

3. ¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ☒ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

- COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS: Allianz
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S):
- VIGENCIA(S):

SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN

☒ PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ OTRA:

☐ HOSPITAL GENERAL ☒ HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA ☐ HOSPITAL PEDIÁTRICO
☐ HOSPITAL DE MATERNIDAD H. ☐ HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ☐ HOSPITAL CARDIOVASCULAR
☐ CLÍNICA ☐ OTRO

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN 1956 | MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc) bloque

NÚMERO DE PISOS 7 | ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2. ☒ CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS
☐ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN 2018

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: 2015

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

( ) ROCIADORES AUTOMÁTICOS
(X) RESERVA AGUA P/INCENDIO _____ Lts
( ) ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M²
( ) ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
( ) ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
(X) LOCALMENTE (X) AL CUERPO DE BOMBEROS ( ) DETECTORES DE HUMO ( ) ELÉCTRICOS
( ) SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS
Especifique:

2. ¿EXISTE UN PROGRAMA PARA INSPECCIÓN, MANTENIMIENTO Y PRUEBA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS? SI (X) NO ( )
A. EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE REALIZA UN REGISTRO POR ESCRITO DE INSPECCIONES, MANTENIMIENTOS Y PRUEBAS? SI (X) NO ( )
B. EN CASO AFIRMATIVO, ESTAS FUNCIONES SON LLEVADAS A CABO POR :
(X) PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN (X) FIRMA CONTRATADA ( ) PLANTA FUNCIONAL

3. ¿TIENEN TODOS LOS PISOS SALIDAS DE EMERGENCIA? SI (X) NO ( )

4. ¿EXISTE UN PLAN POR ESCRITO PARA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA? SI (X) NO ( )
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUE FRECUENCIA DE PRACTICA? 2 veces al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 3 Km.

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI (X) NO ( )
A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO
( ) DIURNA ( ) NOCTURNA (X) 24 HORAS ( ) CON RELOJ ( ) VIDEOFILMACIÓN

7. ¿SE PERMITE FUMAR EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCIÓN? SI ( ) NO (X)
EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE PERMITE QUE LOS PACIENTES INTERNADOS FUMEN EN SUS HABITACIONES SIN SUPERVISIÓN? SI ( ) NO (X)

SECCIÓN V: SERVICIOS PRESTADOS

A. UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS DE INTERNACIÓN DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACIÓN (*)
1. Cuidado intensivo para adultos	46	100%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	28	100%
3. Cunas para recién nacidos	1	100%
4. Rehabilitación / terapia	189.485 CONSULTAS EN EL AÑO	100%
5. Abuso de drogas / alcohol	-0-	-0-
6. Psiquiatría	22	96%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	-0-	-0-
8. Cuidados geriátricos	-0-	-0-
9. Otras: (especifique)	303 (HOSPITALIZACION PEDIATRICA, ADULTOS, QUEMADOS, CUIDADO INTERMEDIO)	98%

(*) El número promedio de camas ocupadas es el número total de días de internación dividido por 365

B. UTILIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SERVICIO / CONSULTORIOS EXTERNOS DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

	NÚMERO DE PACIENTES
Sala de emergencia	
Cirugía con internación	
Cirugía sin internación (ambulatoria)	
Sala de partos	
Rehabilitación / terapia	
Abuso de drogas / alcohol	
Psiquiatría	
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	
Terapia radiante	
Laboratorio (patología)	
Cardiología	
Otras (especifique):	
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	

NOTA
Una visita se determina como el paso del paciente por el umbral de la puerta de la institución sin importar la cantidad de servicios recibidos durante esa misma visita. Por ejemplo: un médico refiere un paciente al hospital para exámenes de laboratorio y para placas de rayos-x. Esto se contará como UNA sola visita.

C. SERVICIOS ESPECIALES

1. ¿SE LLEVAN A CABO INVESTIGACIONES CLÍNICAS? SI ( ) NO (X)
EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INCLUYA COPIA DE LOS PROTOCOLOS QUE DETALLAN EL PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

2. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN UN BANCO DE SANGRE QUE OBTIENE DEL PÚBLICO SANGRE O SUS DERIVADOS? SI (X) NO ( )
EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ ANÁLISIS SE REALIZAN?

3. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN SALA DE GUARDA / EMERGENCIA? SI (X) NO ( )

SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPRUEBA LA MATRÍCULA Y DIPLOMA DE LOS MÉDICOS CON ANTELACIÓN A SU EMPLEO O A PARTIR DE SU USO DE LA INSTITUCIÓN Y/O PERSONAL O EQUIPOS?
SI (X) NO ( )

2. ¿SE REQUIERE A LOS MIEMBROS DE ESTA INSTITUCIÓN QUE TENGAN SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?
SI ( ) NO ( )

3. INDIQUE LA CANTIDAD DE INDIVIDUOS (MÉDICOS, ESPECIALISTAS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS EMPLEADOS DE LA SALUD):
105 MÉDICOS EMPLEADOS
____ MÉDICOS NO EMPLEADOS
110 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS
____ OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

SECCIÓN VII. HISTORIAL DE RECLAMOS

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO ALGUNO DE RECLAMOS PASADOS Y/O PENDIENTES O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO?
SI ( ) NO ( )

EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTE UN LISTADO O DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO RELACIONANDO LOS RECLAMOS O HECHOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL RECLAMANTE	FECHA DE OCURRENCIA	ESTADO: A = ABIERTO T = TERMINADO	DEMANDA S = SI N = NO	FECHA TERMINADO	RESERVA O MONTO PAGADO	DESCRIPCION BREVE

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tener de una DECLARACIÓN JURADA.

Queda convenido que si concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL X _____

NOMBRE Irne Torres Castro

CARGO Gerente General Hospital Universitario del Valle

ACLARACIÓN _____

6286

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022296180 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

06 de Julio de 2018

Tomador de la Póliza

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

NO 100317.

GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.

Allianz Seguros S.A.

Allianz

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022296180 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 01/07/2018 hasta las 24:00 horas del 30/12/2018. Importes expresados en PESO COLOMBIANO. Renovable a partir del 30/12/2018 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A. Clave: 1067259 CL 13 CR 101 - 71 CALI NIT: 8050038017 Teléfonos: 3120202 0 E-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 5 NO. 36 - 08 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Otras Clínicas

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	209,00
Grupo	A
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	193,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

"AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la

Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero."

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha

de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	5.000.000,00	60.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1067259	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
TOMADOR: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
ASEGURADO:HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
BENEFICIARIO:TERCEROS AFECTADOS
NIT: 890.303.461-2
PROCESO
POLIZA: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES
VIGENCIA: Desde el 01 de Julio de 2018 a las 00:00 Horas Hasta el 31 de Diciembre de 2018 a las 24:00 Horas

CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS

INTERES ASEGURADO COBERTURAS LIMITE ASEGURADO
TASA PRIMA NETA ANUAL

EVENTO VIGENCIA
$1.000.000.000

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

Responsabilidad civil medica

Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia

Errores u omisiones Profesionales 0

Predios labores y operaciones

Gastos judiciales

Para procesos cuya pretensión no supere 50 SMMLV gastos de defensa por evento de $3.000.000. Para procesos cuya pretensión supere 51 SMMLV Gastos de defensa por evento de $5.000.000 S100.000.000 $ 447.380.000

Cobertura de Gastos Médicos (Siempre y cuando no sean derivados de un acto médico) EVENTO $5.000.000 / VIGENCIA $60.000.000

Perjuicios extra patrimoniales al 100%

TOTALES PRIMA POR 181 DIAS $ 225.518.466
IVA $ 42.848.508
TOTAL $ 268.366.974

COBERTURA:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

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.

La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión

con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V,
cuestiones fundamentales de carácter general.

La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extensión en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la
Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

Someter por escrito su solicitud al Asegurador.

Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.

Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.

Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

Un (1) año: 120%

Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero."
CONVENIO PARA EL PLAZO DEL PAGO DE LA PRIMA:

No obstante cualquier estipulación en contrario, por la presente cláusula se deja establecido que, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 81 de la Ley 45/90 y la Resolución numero 03750 de Diciembre 31/74 de la Superintendencia Financiera, las partes contratantes convienen que las primas causadas por el presente Contrato de seguros y los Certificados o Anexos que se emitan en aplicación al mismo serán pagadas por EL ASEGURADO en NOVENTA (90) días a partir de la fecha en que el respectivo documento sea recibido en sus

oficinas, directamente por la Aseguradora y/o por el intermediario de seguros, quien deberá certificar haber recibido a satisfacción las respectivas pólizas en las condiciones contratadas;

Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma. La demora en el pago originada por la presentación incorrecta de los documentos requeridos será responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza o a la aplicación de la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.

FORMATO 2 : ACEPTACION CLAUSULAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS REVOCACIÓN, NO RENOVACIÓN O MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS: La Aseguradora deberá dar aviso por escrito al ASEGURADO, con una anticipación de TREINTA (30) días, en caso que decida modificar, revocar o no renovar esta póliza y/o alguno de sus amparos adicionales o modificar cualquiera de sus condiciones. En caso de revocación la aseguradora devolverá al asegurado, la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada a prorrata.

NOMBRAMIENTO DE AJUSTADOR: En caso de siniestro que afecte las pólizas contratadas y en los que a juicio de la aseguradora se deba asignar Ajustador, dichos Ajustadores no podrán ser asignados unilateralmente por la aseguradora, sino bajo los siguientes parámetros:

Se escogerá al inicio de la vigencia de las pólizas una terna de firmas Ajustadores nominada por EL ASEGURADO y la ASEGURADORA.

Las firmas seleccionadas deberán tener sede principal u oficina similar en la ciudad de Cali.

La asignación del Ajustador proveniente de la terna inicialmente escogida, deberá realizarse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha del reporte del siniestro y el Ajustador deberá contactar al asegurado y efectuar las visitas correspondientes dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de designación. En caso contrario, se designará otro integrante de la terna preseleccionada.

AVISO DE PÉRDIDA 15 DÍAS: No obstante lo dispuesto en las condiciones la Póliza o en sus anexos, por la presente cláusula se conviene entre las partes, un término TREINTA (30) días HABILES para que el Asegurado de aviso al Asegurador de cualquier evento que afecte a la presente Póliza, contados a partir de la fecha en que haya tenido conocimiento de dicho evento, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.
CONOCIMIENTO DEL RIESGO: Por medio de la presente cláusula, la (s) Compañía(s) Aseguradora(s) declara (n) que conocen los riesgos y por consiguiente dejan constancia del conocimiento y aceptación de las circunstancias y condiciones de los mismos. En consecuencia de lo anterior, los proponentes no podrán en ningún caso, oponer excepciones, ni formular objeciones fundamentadas en la

circunstancia de no haber llevado a cabo la visita de inspección de los bienes o en el desconocimiento de los mismos.

AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES RELACIOANDOS CON LA
ACTIVIDAD DEL ASEGURADO : Queda establecido y convenido por la presente cláusula, que este contrato de seguro se extiende a cubrir automáticamente operaciones adicionales o cambio de operaciones, realizadas en el predio descrito en la póliza siempre y cuando éstas no sean diferentes al giro de negocio del asegurado aceptado bajo esta póliza. También se hace extensivo a otras propiedades o bienes sobre los cuales el asegurado haya adquirido el dominio o control, a bienes tomados en arrendamiento o a cualquier otro titulo para su uso, situados dentro o fuera de los predios del asegurado.
ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES : El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por la compañía, la hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores, omisiones o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato de seguro al cual se adhiere este documento no será nulo, ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del Art. 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En ese caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo: la cual será calculada a la (s) tasa (s) establecida (s) en la (s) póliza (s) a prorrata y en las mismas condiciones en que viene suscrito el riesgo.
ADHESION: Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales y particulares de la póliza, que presenten un beneficio a favor del ASEGURADO, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza siempre que el cambio no implique un aumento en la prima originalmente pactada, Previo acuerdo con Allianz.
MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: Se amparan automáticamente los nuevos
predios y oficinas durante el periodo de la póliza sin cobro de prima, siempre que estos se encuentren dentro del limite territorial establecido y mientras se mantengan como mínimo las mismas protecciones de seguridad informadas a los reaseguradores bajo los términos acordados, con cobro adicional de prima

CLAUSULAS PARTICULARES SOLICITADAS:

DEDUCIBLE

TODAS LAS COBERTURAS 20% de la pérdida, mínimo $10.000.000, toda y cada pérdida
GASTOS MEDICOS SIN DEDUCIBLE Sin aplicación de deducible

Beneficiario Terceros afectados adicionales
TERCEROS AFECTADOS

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 887973660**

Período: de 01/07/2018 a 30/12/2018
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	225.518.466,00
IVA	42.848.509,00
IMPORTE TOTAL	268.366.975,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Teléfono/s:3120202 0
También a través de su e-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR

GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Allianz

03 de Enero de 2019

Estimado Cliente:

Adjunto a esta comunicación estamos haciendo entrega del recibo No. 890733937 con el cual Allianz Seguros S.A. ha procedido a efectuar cobro de prima acorde con los conceptos y datos a continuación relacionados:

Póliza No.	22296180
Tomador:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR.
Nit:	890.303.461-2
Nombre del Agente	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Clave agente	1067259
Motivo de cobro:	SE EFECTUA COBRO POR PRORROGA A PARTIR DE 01/01/2019 POR VALOR DE $116.686.510 (INCLUIDO IVA).

Se realizó prorroga a partir del 01/01/2019 a las 00:00 horas hasta el 21/03/2019 a las 24:00 horas.

Agradecemos tenga en cuenta las fechas, plazos y condiciones de pago estipuladas en el recibo anexo, y nuevamente le recordamos que clientes como usted son nuestro activo más valioso.

Estamos a su disposición y prestos para servirle y entregarle nuestro permanente respaldo.

Cordial saludo,

ALLIANZ SEGUROS S.A.

revisa calidad

#3923
#105607

Allianz

Apreciado Cliente

- Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), por favor girelo de cuentas de la misma plaza en donde se realiza el pago y a nombre de Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5, al respaldo del cheque por favor endoselo así: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5 Referencia de Pago 17001890733937. Nombre, cédula o NIT del girador y teléfono. Diligencie los campos de fecha de pago, valores de efectivo y cheque y número de cheque. No se aceptan cheques de otras plazas.
- Recuerde que para efectuar el pago de forma presencial (Ante cajero de banco o corresponsal), es indispensable presentar este recibo para garantizar la referenciación del pago y así mismo la prestación de los servicios.
- Recuerde pagar a tiempo su recibo para que no tenga ningún inconveniente en la utilización de su póliza.
- En caso de dudas o inquietudes referentes al valor a pagar, puede contactarse con nuestra línea nacional 018000517270 y en Bogotá en el teléfono 6065900 donde nuestros operadores resolverán sus inquietudes.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DEL CLIENTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR
CALLE 5 NO. 36 - 08
CALI

DATOS DEL COBRO

Producto: RCE
Póliza: 022296180 / 0
Periodo facturado: 01/01/2019 - 22/03/2019
Clave Asesor: 1067259 Impresión Nº: 1

TOTAL CHEQUE $

TOTAL EFECTIVO $

Fecha de pago:

Fecha Límite de pago: 03/abril/2019

TOTAL A PAGAR $

REFERENCIA DE PAGO: 17001890733937

FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO: 03/01/2019

DETALLES DE VALORES A PAGAR

PRIMA	98.055.891,00
IVA	18.630.619,00
Valor a pagar	**116.686.510,00**

Espacio Para Sello de Banco

- CLIENTE -

Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5 Gran Contribuyente - Regimen Común - No sujetos a Retención

Internet

Ingrese a nuestra página web www.allianz.co, ubique el link de pago PSE, regístrese y realice sus pagos.

Débito Automático

Para pagos con debito a su cuenta de ahorros o cuenta corriente, la información y autorización debe ser suministrada en el momento de la suscripción de la póliza o en el momento de renovación de la misma.

Financiación Externa

Allianz Seguros S.A. ha establecido convenios con entidades financieras especializadas para que usted pueda tomar el crédito para el pago del valor total de la prima.
Para acceder a esta opción, por favor contacte a su asesor de seguros, o en la oficina de Allianz más cercana, o puede llamar a la línea de atención nacional 018000514405 y en Bogotá en el teléfono 6065900.

Efectivo o Cheque

Davivienda Convenio 00000
Banco de Occidente Convenio 00000
Bancolombia Convenio 34946

COMPROBANTE ÚNICO DE DÉPOSITO

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5

REFERENCIA DE PAGO: 17001890733937

Fecha de pago:

TOTAL EFECTIVO $

Valor a pagar hasta: 03/abril/2019 $116.686.510,00

(415)7701038100030(8020)17001890733937(3900)00000116686510(96)20190403

- BANCO EFECTIVO -

COMPROBANTE ÚNICO DE DÉPOSITO

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros S.A. Nit. 860026182 - 5

DETALLE CHEQUES

COD BANCO	NÚMERO CHEQUE	VALOR
TOTAL CHEQUES		

REFERENCIA DE PAGO: 17001890733937

Fecha de pago:

Valor a pagar hasta: 03/abril/2019 $116.686.510,00

(415)7701038100030(8020)17001890733937(3900)00000116686510(96)20190403

- BANCO CHEQUE -

GONSEGUROS Corredores de Seguros

Oscar Micolta R. <tecnicogenerales@gonseguros.com.co

CERTIFICACION POLIZA RC CLINIAS H.U.V - CONTRATO POLICIA NACIONAL

mensaje

Oscar Micolta R. <tecnicogenerales@gonseguros.com.co> 7 de marzo de 2019, 14:5
Para: Jaime Andres Franco Cardona <jaime.franco@allianz.co>
Cc: "israelceballos Gonseguros.com.co" <israelceballos@gonseguros.com.co>

Buenas tardes Jaime, los señores del H.U.V nos solicitan una certificación de la póliza en asunto donde se incluya el contrato adjunto policía nacional , la certificación debe incluir el Nit de la policía.

Cordial saludo,

Cualquier Inquietud al respecto con gusto será atendida,

GONSEGUROS Corredores de Seguros

Óscar Micolta Rosario
Técnico Generales
Tel. 312 02 02 Ext.102
tecnicogenerales@gonseguros.com.co
Calle 13 # 101 – 71 – Santiago de Cali
www.gonseguros.com.co

---------- Forwarded message ---------
From: **israelceballos Gonseguros.com.co** <israelceballos@gonseguros.com.co>
Date: jue., 7 mar. 2019 a las 13:56
Subject: Fwd: ESTADOS FINANCIEROS Y SOLICITUD CONTRATO POLICIA NACIONAL
To: Oscar Micolta <tecnicogenerales@gonseguros.com.co>

Oscar solicitar certificación sobre la poliza de RC Clínicas del HUV. debe decir que ampara el contrato e incluir la policía con el nit

Cualquier duda o inquietud con gusto sera atendida.

Cordialmente.

GONSEGUROS Corredores de Seguros

Israel Ceballos Sepulveda
Gerente Técnico Comercial
Cel. 314 682 9166 / Tel. 312 0202 Ext. 111
israelceballos@gonseguros.com.co
Calle 13 # 101-71 - Santiago de Cali
www.gonseguros.com.co

AVISO LEGAL: GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A. Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Está prohibido sustraer, ocultar, interceptar o impedir que el presente mensaje llegue a su destinatario, so pena de las sanciones penales correspondientes. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, grabación, utilización, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos u otros defectos que tenga el correo o cualquier anexo a él, razón por la cual GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A. no asume

Allianz

ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT: 860.026.182-5

CERTIFICAMOS

Qué **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR.** con NIT: **890.303.461-2** tiene contratada la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **22296180**, ALLIANZ SEGUROS S.A., la cual extiende su cobertura para amparar el **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, PN – DISAN DEVAL N° 66-5-20028/2019, EL CUAL TIENE COMO OBJETO LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA JURISDICCION DE LA SECCIONAL DE SANIDAD VALLE DEL CAUCA Y AREA DE SANIDAD CAUCA** SUSCRITO ENTRE **LA POLICIA NACIONAL** y **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GARCIA E.S.E** Bajo las siguientes condiciones:

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD

NIT: 805.022.186-6

VIGENCIA: Desde el 01/07/2018 a las 00:00 horas
Hasta el 21/03/2019 a las 24:00 horas

INTERÉS ASEGURADO:

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley, que sean consecuencia de un siniestro imputable al asegurado, causados durante el giro normal de sus actividades.

COBERTURAS CONTRATADAS:

Num.	Garantía	Capital
01	Predios Labores Op	1.000.000.000,00
10	RC. Profesional	1.000.000.000,00
23	Gastos Médicos	60.000.000,00

DEDUCIBLES:

TODAS LAS COBERTURAS 20% de la pérdida, mínimo $10.000.000, toda y cada pérdida

GASTOS MEDICOS SIN DEDUCIBLE Sin aplicación de deducible

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los (08) días del mes marzo de 2019

ALLIANZ SEGUROS S.A.

Allianz

ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT: 860.026.182-5

PÓLIZA:	**22296180**
TOMADOR:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
NIT:	800.135.729-2
ASEGURADOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
BENEFICIARIOS:	TERCEROS AFECTADOS
VIGENCIA DE LA PÓLIZA:	Desde: 01/07/2018 a las 00:00 horas Hasta: 21/03/2019 a las 24:00 horas

CERTIFICAMOS

Que nuestro cliente **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA** identificado con NIT: 800.135.729-2 tiene contratada con **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, la Póliza de Responsabilidad Civil No. **22296180** bajo las condiciones descritas en el condicionado general, teniendo en cuenta lo siguiente:

INTERÉS ASEGURADO

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	5.000.000,00	60.000.000,00

Allianz

COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

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.

La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad,

posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

DEDUCIBLES

- TODAS LAS COBERTURAS: 20% de la pérdida, mínimo $10.000.000, toda y cada Pérdida
- GASTOS MEDICOS SIN DEDUCIBLE Sin aplicación de deducible.

En constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los (14) días del mes de Febrero de 2019.

ALLIANZ SEGUROS S.A